

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 81

LES
TACHES BLEUES
DES MORPHINOMANES

PUBLICATION DE CINQ CAS NOUVEAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse-Guillaume-Marie-Joseph-Philippe ROUSSILLE

Né le 26 Mai 1882, à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne),

Élève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.

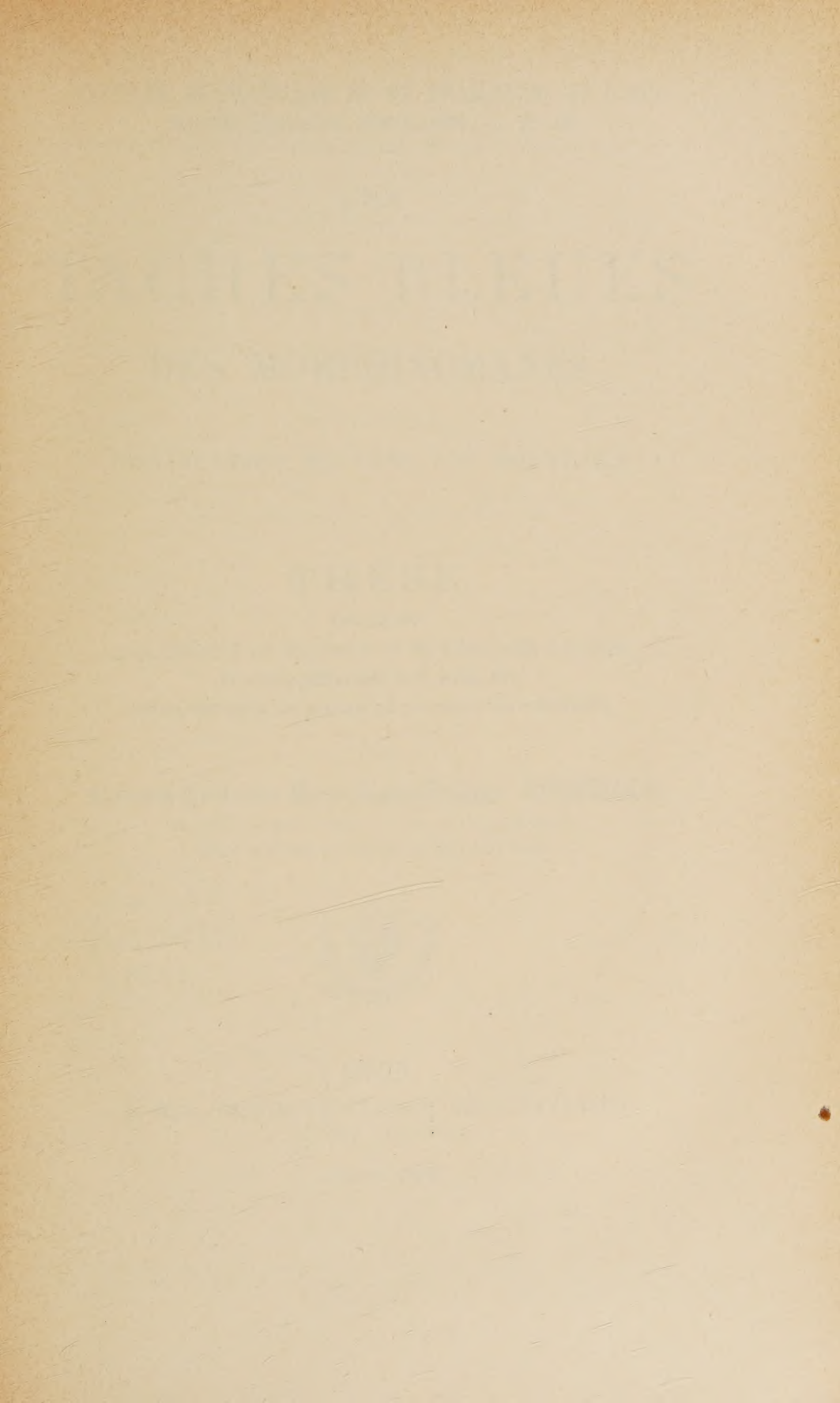


LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL

—
Janvier 1907





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553203_0031

LES
TACHES BLEUES
DES MORPHINOMANES

PUBLICATION DE CINQ CAS NOUVEAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse-Guillaume-Marie-Joseph-Philippe ROUSSILLE

Né le 26 Mai 1882, à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne),

Élève à l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales		BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Parasitologie		CAZENEUVE
Anatomie.		BEAUVISAGE,
Anatomie générale et Histologie.		GUIART.
Physiologie		RENAUT
Pathologie interne		MORAT
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER
Anatomie pathologique		MAYET
Médecine opératoire.		TRIPPIER
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (M.)
Médecine légale		ARLOING
Hygiène		LACASSAGNE
Thérapeutique		COURMONT (J.)
Pharmacologie.		SOULIER
		FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS, agrégé	
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	BERARD	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Hygiène administrative	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale.	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD	—
Anatomie topographique.	ANCEL.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch. .
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	PLAUCHU Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BÉRARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président*; PAVIOT, *Assesseur*;
MM. NEVEU-LEMAIRE et PLAUCHU, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A la Mémoire
DE MA TANTE M.-L. LE BOURGEOIS

A la Mémoire
DE MON ONCLE A. LACHAUME

A MON PÈRE
Chef d'escadron au 18^e Régiment d'Artillerie.

*Sa vie militaire me servira d'exemple.
Puisse-je avoir au même degré que
lui la passion de mon métier et le
souci d'en remplir les devoirs avec
toute la perfection possible.*

A MA MÈRE

*Sa tendresse éclairée, l'inaltérable
confiance qu'elle voulait avoir en moi,
m'ont guidé et soutenu dans mes études
universitaires. Nous lui devons tout,
nous ne l'oublierons jamais.*

A MADAME VEUVE LACHAUME, MA TANTE

*Elle fut pour moi plutôt une sœur aînée,
une confidente toujours indulgente et
bonne. Les cruelles épreuves de sa vie
ont doublé mon affection pour elle.*

A MON ONCLE G. LE BOURGEOIS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MON AMI, LE DOCTEUR J. ROUCH

Ses profondes qualités de cœur nous ont permis de l'apprécier hautement. Notre joie sera de resserrer, s'il est possible, les liens d'une si bonne et si franche amitié.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAÎTRES

A MES CAMARADES

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DEVIC

Chef des Travaux d'Anatomie pathologique,
Médecin des Hôpitaux.

Que notre maître veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à nos travaux et la sollicitude dont il nous a entouré.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.

Qui nous fait aujourd'hui le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Notre scolarité médicale s'achève, l'heure du départ approche, nous ne saurions quitter les maîtres qui nous ont instruit sans leur apporter l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection.

A la Faculté de Médecine de Toulouse nous avons eu, pour guider nos débuts dans l'art médical, des maîtres éminents et dévoués. Parmi eux M. le Professeur agrégé Rispal nous a témoigné en maintes occasions un intérêt dont nous sommes heureux de pouvoir le remercier.

A Lyon où nos études se poursuivirent, nous avons trouvé le même accueil bienveillant. Parmi tous les maîtres envers qui nous sommes redevable, M. le professeur agrégé Devic a particulièrement droit à notre très vive gratitude. Non content de nous inspirer le sujet de cette thèse, il nous a ouvert les portes du laboratoire d'anatomie pathologique et nous a livré le résultat de ses observations. Nous nous souviendrons des moments passés à l'hôpital de la Croix-Rousse, de l'intimité qui régnait dans le service de notre maître, de

la façon spirituelle dont il savait, par des questions posées à propos au lit du malade, nous montrer le peu que nous savions et ce qui nous restait à apprendre.

M. le Dr Bériel nous a aidé dans l'étude anatomo-pathologique de notre travail. C'est à cette habileté de dessinateur qu'un de nos maîtres les plus éminents se plaisait à reconnaître, dans la préface d'un de ses ouvrages, que sont dues la plupart des illustrations de notre thèse.

M. le Médecin-major de 1^{re} classe Braün et M. le Médecin-major de 2^e classe Lafforgue ont bien voulu s'intéresser à nous, qu'ils soient assurés de nos sentiments de vive gratitude.

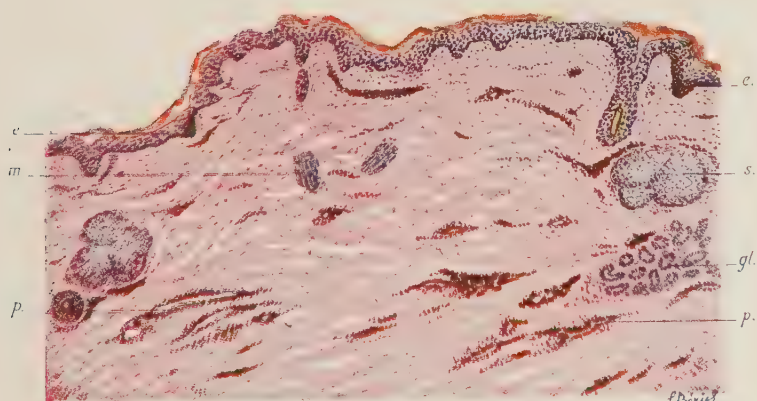
Au laboratoire d'anatomie pathologique nous avons trouvé auprès des préparateurs des conseils judicieux et éclairés, qu'ils nous permettent de les remercier de leur amabilité à notre égard.

Le sujet que nous entreprenons est bien nouveau pour un commençant malhabile ; en exposant notre travail nous comptons avant tout sur l'indulgence de nos juges.

LE TATOUAGE BLEU DES MORPHINOMANES



I



II

I. — Reproduction d'une aquarelle représentant le thorax de la malade de l'observation IV.

II. — Coupe de peau colorée à l'hématéine et à l'éosine. (Elle a été prélevée au niveau d'une tache bleue dans la région deltoïdienne du malade de l'observation III).

LES
TACHES BLEUES
DES MORPHINOMANES

PUBLICATION DE CINQ CAS NOUVEAUX

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Parmi les altérations qui peuvent apparaître sur le tégument des morphinomanes, on peut citer des éruptions érythémateuses, scarlatiniformes, desquamatives papuleuses, prurigineuses, urticariennes, rarement ulcéreuses, signes d'intoxication de tous les dérivés de l'opium.

Les injections sous-cutanées de morphine peuvent laisser des nodules indurés simulant des tubercules ou des tumeurs de la peau. On a signalé également des cicatrices nombreuses, stigmates des piqûres, des abcès suppurants ou en voie de résolution.

Dans certains cas rares, nous ne connaissons que les observations citées dans notre travail, on voit apparaître sur la peau de ces intoxiqués une pigmentation particulière. Ce sont des taches bleuâtres, disséminées dans des régions déterminées et qui donnent à la peau un aspect original et surprenant. Les anciens auteurs

tels que Pichon et Chambard ne les signalent pas dans leurs ouvrages. P. Rodet semble y faire allusion dans son livre *Morphinomanie et morphinisme* (*loc. cit.*), il dépeint ces taches comme rappelant celles de la lèpre tuberculeuse.

Avant 1897, aucune publication ne s'était occupée spécialement de cette question et la pigmentation était restée inconnue.

Dans son service de l'hôpital de la Charité, à Paris, M. Moutard-Martin recevait à cette époque une malade morphinomane qui venait à lui pour se guérir de sa déplorable habitude. Ayant procédé à l'examen du tégument, le chef de service fut surpris de constater sur certaines parties du corps de la nouvelle entrante des taches ayant un aspect bleuâtre rappelant le tatouage et que l'on attribua tout de suite à son habitude de se piquer. Toutefois, n'ayant jamais vu de cas semblable, n'ayant trouvé à ce sujet aucun renseignement dans les ouvrages traitant de la morphinomanie, M. Moutard-Martin publie, dans la *Gazette médicale des hôpitaux* de Paris, ce cas curieux de pigmentation qui n'avait pas encore été signalée.

Deux ans plus tard, M. Thibierge, dans son service de l'hôpital de la Pitié, constate chez une morphinomane un cas analogue, il l'identifie à celui de M. Moutard-Martin et fait connaître le résultat de ces recherches dans la même publication que son prédécesseur.

A Lyon, M. Devic eut la bonne fortune de retrouver chez les adonnés à l'alcaloïde les stigmates bleus déjà observés. Trois cas se présentèrent successivement : une mère et sa fille permettent tout d'abord de faire

une étude intéressante; le dessin placé en tête de notre travail représente la pigmentation qui siégeait sur le tégument de la plus âgée des deux malades.

Ce fut ensuite un ouvrier électricien, ancien garçon du laboratoire de M. Lippman, de la Sorbone, qui se faisait donner, en échange de commandes qu'il allait chercher par ordre de son maître, des quantités considérables de morphine.

Enfin, le 20 août 1906, M. Péhu, remplaçant à cette époque M. Mouisset, recevait dans son service une malade présentant la pigmentation qui fait l'objet de notre étude.

Fixer la symptomatologie et l'anatomie pathologique de ces taches bleues, rechercher la nature et l'origine du pigment qui les constitue, tel fut le travail qui nous fut proposé comme sujet de notre thèse.

Nous adopterons l'ordre suivant dans l'exposition de notre étude :

I. — Symptomatologie et diagnostic des taches bleues.

II. — Données étiologiques que nous connaissons sur le sujet.

III. — Examen microscopique de la tache comprenant :

a) Description histologique des coupes ;

b) Détermination de la nature et de l'origine du pigment.

IV. Conclusions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Pigmentation bleue chez une morphinomane névropathe et syphilitique (28 mai 1897). Société médicale des Hôpitaux de Paris (M. Moutard-Martin).

X..., âgée de trente-cinq ans, institutrice, entre à l'hôpital de la Charité, le 23 mars 1897. Sans aucune difficulté elle dit qu'elle vient à l'hôpital pour consolider sa guérison de la morphinomanie, que depuis un mois elle a supprimé toute piquûre.

Ayant une confiance limitée dans ses déclarations, on procède à l'examen du tégument externe et on est frappé de la présence de taches bleuâtres rappelant le tatouage, disséminées sur l'abdomen, les cuisses, les jambes. Nous décrivons l'aspect de ces taches après avoir rappelé l'histoire pathologique de cette femme et nous faisons remarquer que dans les ouvrages écrits sur la matière (Pichon, Chambard), il n'est pas fait mention d'un trouble trophique rappelant celui en présence duquel nous nous trouvons.

Dans ses antécédents, on relève les renseignements suivants : son père est mort à soixante-dix-neuf ans, sa mère à soixante-trois ans, un frère mort de la poitrine à quarante-trois ans. Elle a un frère prêtre, une sœur au couvent. Tous dans sa famille sont emportés, irascibles, mais ne présentent pas d'affection nerveuse bien nette.

Réglée à quinze ans, notre malade n'a pas d'attaque

d'hystérie, elle est bien portante jusqu'à il y a huit ans. A ce moment elle perd en jaune, souffre en urinant et ressent de violentes douleurs dans le ventre (blennorragie, métrite). On la soigne dans la maison de santé de Chamont-en-Vexin et on lui fait quelques injections de morphine. En sortant de l'hôpital elle garde le besoin de la piqure, achète une seringue et, sur ordonnance, se fait délivrer de la morphine chaque jour 50 centigrammes.

Au bout de deux ans, les phénomènes d'intoxication se font ressentir, crampes dans les mollets, dérobement des jambes, faiblesse générale, céphalalgie, vomissements. Pour calmer ces douleurs la malade a toujours recours à la morphine.

Il y a quatre ans, elle contracte la syphilis; chancre vulvaire, roséole, céphalalgie, alopecie en clairière, angine spécifique. Les cheveux commencent à blanchir.

Il y a un an, il est survenu une éruption disséminée sur tout le corps excepté aux mains et sur la figure, c'étaient des taches d'abord rosées, puis de couleur foncée jambonnée, la plupart laissaient de petites cicatrices blanches.

Il y a trois mois, dit-elle, apparut une éruption bien différente de l'ancienne, les taches étaient plus larges, plus foncées, d'un bleu rappelant le tatouage par la poudre ou l'encre de Chine.

Actuellement, la malade paraît plus vieille que son âge, ses cheveux sont notablement éclaircis, presque blancs. Le regard est vif, l'intelligence nette, elle répond avec vivacité aux questions posées.

Examen du tégument : Deux ordres de lésions : syphilis et taches bleues.

A. *Syphilis*. — a) A la partie externe et supérieure de la jambe gauche, sur la jambe droite, sur les deux cuisses, on voit des cicatrices d'une couleur sombre jambonnée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, déprimées au centre, autour de la zone centrale, la zone pigmentée se perd insensiblement sur les téguments sains.

b) A la partie externe de la cuisse droite et à la partie supérieure de la cuisse gauche, au triangle de Scarpa, on voit deux ulcérations suintantes de couleur sombre.

c) Tout le tégument, excepté la tête et les mains, est constellé de taches ayant les aspects suivants : couleur brune jambon fumé, de dimension de quelques millimètres.

La tache, blanche au centre, possède une collerette pigmentée autour de laquelle on constate de la desquamation par places.

Remarquons que ces taches sont nombreuses et très visibles sur le dos. A ce niveau et sur le haut de la poitrine elles ne sont pas masquées par l'éruption des taches bleues que nous allons décrire.

B. *Taches bleues*. — A huit travers de doigt au-dessus des malléoles, on commence à noter des taches bleues. Elles augmentent à mesure qu'on remonte vers la racine des cuisses et sont particulièrement nombreuses sur la région des cuisses au-devant du grand trochanter. Le ventre en est parsemé jusqu'au niveau des seins, il n'y en a pas sur le haut de la poitrine, le dos, la partie postérieure des cuisses et des jambes. Pourtant, au niveau de la racine des cuisses, elles empiètent sur la fesse en dehors du grand trochanter, tout en restant séparées du pli interfessier de cinq travers de doigt environ. Sur les membres inférieurs, les taches bleues sont presque toutes ovales, rondes; sur le ventre et à la région crurale, elles sont souvent linéaires, et se présentent soit comme un sillon blanchâtre, soit comme un petit point bleu foncé d'où part une traînée bleuâtre moins sombre.

Elles sont variables d'étendue, leur diamètre varie depuis un petit point jusqu'à 1 centimètre, arrondies ou allongées; leur couleur est d'un bleu foncé qui rappelle le tatouage par la poudre ou l'encre de Chine, souvent assez clair et présentant par places un éclat presque brillant. La plupart laissent voir à leur centre une petite cicatrice blanche.

Examen du système lymphatique. — Il y a des ganglions durs, gros au pli de l'aîne, un petit à la nuque. Pas de ganglions épitrochléens.

Les différentes sensibilités sont diminuées aux membres inférieurs. Pas de plaques d'anesthésie.

Au niveau des taches bleues, la sensibilité est moindre que sur le reste du corps. Pas d'anesthésie pharyngée. Rétrécissement considérable du champ visuel plus accentué à gauche.

Diplopie passagère, pas d'achromatopsie.

Rien au goût et à l'ouïe. Température normale. Pouls 80.

OBSERVATION II

Pigmentation bleue consécutive à des injections de morphine.

(1^{er} décembre 1891. Société médicale des hôpitaux de Paris. M. Tibierge.)

La nommée X..., âgée de quarante ans, vient me consulter le 11 novembre 1899, à la polyclinique dermatologique de l'Hôpital de la Pitié, pour des syphilides tuberculeuses serpiginieuses de la jambe et de la fesse droite.

En examinant les téguments, nous constatons des altérations nombreuses et étendues consécutives à un grand nombre d'injections de cocaïne et de morphine. La malade ne fait d'ailleurs aucune difficulté pour donner sur sa morphino-cocaïnomanie, des renseignements dont la plupart sont cependant sujets à caution, principalement en ce qui concerne les dates, sur lesquelles elle varie d'une interrogation à l'autre.

D'après l'ensemble de ses réponses, il semble bien établi qu'elle a contracté l'habitude des injections de morphine à l'âge de seize ans, alors qu'elle était en traitement à la maison Dubois, pour une péritonite consécutive à une chute de cheval, on lui aurait fait à ce moment jusqu'à

quinze injections de morphine par jour. Après sa sortie de la maison Dubois elle serait restée deux ou trois mois sans se faire d'injections, mais ayant été prise de nouveau de douleurs abdominales elle fut soumise aux injections et en prit dès lors l'habitude qu'elle n'a pour ainsi dire jamais abandonnée. Je n'insisterai pas sur les péripéties et les variations d'intensité de sa morphinomanie, il me suffira de dire que la malade assure qu'elle s'est injectée jusqu'à 4 grammes de chlorhydrate de morphine par jour et qu'elle a été à plusieurs reprises soumise à la privation plus ou moins complète, qu'elle a essayé de renoncer à la morphine pour la remplacer par la cocaïne et d'ajouter que la malade présente les phénomènes généraux habituels (teint pâle, grisâtre, inappétence, asthénie) de la morphinomanie.

Les points sur lesquels je désire appeler l'attention sont les lésions cutanées remarquables qui sont survenues à la suite d'injections que s'est faites cette femme.

D'abord, sur toute la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen, depuis un travers de doigt au-dessous des clavicules jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis et sur les parties latérales jusqu'à une ligne verticale passant par le bord postérieur de l'aisselle, la peau est épaissie, infiltrée, lardacée, et présente les traces d'un nombre considérable d'injections : ce sont des croûtes brunâtres punctiformes, reposant sur une légère saillie papuleuse rappelant l'aspect d'une papule de prurigo, ou bien des cicatrices arrondies également semblables à celles qui succèdent aux papules de prurigo excoriées ; en outre, par places on voit des saillies rouges, rosées, atteignant jusqu'au volume d'une petite noisette, très douloureuses à la moindre pression, la plupart fluctuantes ; au dire de la malade, les lésions semblables à ces dernières se sont déjà à plusieurs reprises terminées par la sortie spontanée de quelques gouttes de pus, mais jamais n'ont donné issue à une suppuration considérable.

En outre, on voit des taches de coloration bleue, occu-

pant les cuisses presque exclusivement, la coloration de ces taches ne saurait mieux être comparée qu'à celle que produit l'encre de Chine employée pour le tatouage de la peau, elle est cependant un peu plus pâle que celle de la plupart des tatouages. La coloration n'est pas absolument uniforme sur toute l'étendue de leur tache mais légèrement mouchetée.

Ces taches sont de formes arrondies ou allongées, légèrement irrégulières, elles atteignent au maximum 2 à 3 millimètres de diamètre.

Un examen attentif permet de reconnaître que toutes ces taches, à l'exception d'une ou deux occupant la partie antérieure de la cuisse, correspondent à une très légère dépression cicatricielle dont les dimensions sont à peu près identiques à celles de la tache et qui rappelle assez exactement l'aspect de vergetures. On constate, en outre, au centre de ces cicatrices, une dépression punctiforme comme celle produite par une pointe d'épingle enfoncée dans de la cire.

Ces taches sont disposées, en grand nombre, sur une bande de 4 centimètres de large, oblique en bas et en dedans, correspondant au côté externe du triangle de Scarpa et étendue de l'arcade crurale au bord interne des adducteurs. D'autres taches, un peu moins colorées que celles qui forment cette bande, de dimensions un peu inférieures et en nombre bien moins considérable, sont distribuées d'une façon irrégulière, mais assez symétrique, sur la partie antérieure de la cuisse ; quelques-unes, plus claires encore, sont disposées, en séries horizontales, au-devant de la partie supérieure de la rotule.

Ces taches bleues remontent, au dire de la malade, aux premières années où elle s'est fait des injections de morphine. Elles ont toujours persisté depuis, mais subiraient quelques variations dans leur coloration, qui tantôt s'atténue, tantôt s'exagère. A leur niveau, il n'y aurait jamais eu de suppuration ; au contraire, sur les deux cuisses, on

voit quelques cicatrices arrondies, gonflées, exactement semblables à des cicatrices de vaccine, blanches et sans aucune trace de pigmentation, qui ont succédé, assure la malade, à des ulcères assez volumineux.

Dans les deux aines, on trouve des ganglions lymphatiques assez volumineux, durs ; jamais il n'y a eu d'adénopathies suppurées.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Dr Devic.
(Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Nizier.)

X..., ouvrier électricien, âgé de trente-cinq ans, né à Lyon, demeurant à Lyon ; entré le 24 octobre 1904, sorti le 18 décembre de la même année. Lit n° 28, salle Saint-Nizier.

Le malade entre parce qu'il tousse et qu'il a craché du sang en abondance.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire à trente-trois ans. Mère vivante, bien portante, soixante ans.

Un frère mort en bas âge, une sœur vivante, âgée de trente-sept ans, mariée, trois enfants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans l'enfance, pas de tendance aux affections des voies respiratoires. Spécificité récente, datant de un mois environ. N'a pas fait de service militaire, réformé pour une hernie peu volumineuse. Electricien, il travaille dans les usines, respire fréquemment, mais non continuellement, de l'ozone.

Marié à vingt et un ans, vit séparé de sa femme depuis onze ans, a eu trois enfants morts ; les deux premiers, au bout de quelques jours, d'affection inconnue, le troisième à deux ans et demi, de diarrhée infantile.

A l'âge de vingt-six ans, à la suite d'insomnie, le malade

devint morphinomane. Initié par un de ses amis, le malade augmente progressivement la dose ; au bout de trois ans, il prenait 2 grammes de morphine par jour ; en six mois, il passe de 2 grammes à 12 grammes par jour, et pendant six mois, le malade a fait des injections formant 12 grammes par jour. Pour passer facilement à cette dose, sur les conseils d'un médecin, il ajoute aux 12 grammes de morphine 3 grammes de cocaïne.

Pendant la période où il prenait 12 grammes de morphine, il restait cinq à six heures sans se piquer ; le reste du temps, environ toutes les cinquante minutes, il se piquait et, dans une même piqûre, se faisait cinq injections.

Pendant cette période, le malade était employé comme garçon de laboratoire chez M. Lippman, de la Sorbonne. Il était chargé de procurer aux divers laboratoires les produits chimiques, les matières colorantes ; pour ce, il se rendait, presque chaque jour, chez les marchands de produits chimiques et pharmaceutiques et, de complicité avec les fournisseurs, il se faisait donner de la morphine souvent au lieu et place d'autres produits qu'il venait chercher.

Le malade, très intelligent, est le premier à reconnaître que ses ressources n'auraient pas suffi à entretenir une pareille morphinomanie et qu'il aurait eu, même avec de l'argent et à Paris, beaucoup de peine à se procurer quotidiennement une pareille quantité de morphine.

A la même époque, le malade s'alcoolisait (un litre de vin, dix petits verres, deux à trois absinthes). Ce régime dure jusqu'à il y a cinq ans ; le malade était devenu squelettique.

Voulant se guérir, il entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Achard ; il en sort complètement remis. Ceci se passait il y a sept ans. Depuis, le malade se portait bien, mangeait et travaillait bien.

Actuellement, il ne boit plus qu'un litre de vin par jour et très rarement un petit verre.

3 mois avant son entrée à la salle St-Nizier, il s'enrhûmait et souffrait d'une toux sèche, il déclare à cette époque avoir vomi souvent en même temps qu'il expectorait un liquide clair verdâtre un peu glaireux, légèrement amer.

Le malade n'avait pas de point de côté, ni de douleur gastrique.

Il vit également un médecin pour une lésion oculaire qui semble avoir été un iritis. Il fut traité par des instillations d'atropine, il guérit en huit ou dix jours.

Il y a deux mois, B... a craché du sang, ces vomissements sanguins étaient sûrement des hémoptysies, il ne s'agissait pas d'hématémèse, il n'a pas eu de melœna ni de troubles gastriques avant ou après.

Le sang était noir au début, puis au bout de quelque temps, rouge et pur, il n'était pas spumeux; ces hémoptysies étaient assez abondantes, elles se produisaient surtout le soir. Elles ne cédaient qu'à l'ergotine, aux boissons glacées, au repos au lit. Il gardait la chambre et ne pouvait travailler.

Depuis, le malade continua à tousser, il maigrit, et fit le voyage de Vernay-les-Bains à Lyon pour entrer dans le service de M. Devic à la Croix-Rousse.

A L'INSPECTION. — On se trouve en présence d'un homme amaigri, aux traits tirés, au teint subictérique, il n'y a pas de réseau sous-cutané abdominal.

Son abdomen, la face externe et supérieure des deux cuisses et ses deux bras sont recouverts de cicatrices, stigmates de ses anciennes piqûres.

Il faut bien distinguer deux choses : certaines de ces cicatrices sont blanches, d'autres au contraire affectent une coloration spéciale, ce sont des taches bleues, apparaissant sous forme de plaques irrégulièrement arrondies, légèrement déprimées et variant comme diamètre de 2 à 5 millimètres.

Les taches bleues ne se rencontrent en aucun des points où il y a des cicatrices consécutives à des ouvertures spon-

tanées d'abcès et il faut bien distinguer les deux choses, les cicatrices sont : les unes blanches, les autres légèrement pigmentées, mais nullement bleuâtres (acier bleui). Quand on demande au malade à quoi sont dues les taches bleues, il répond après mûre réflexion, qu'elles ne se sont produites qu'aux points où les injections de morphine ont été faites dans le derme ou plutôt au hasard comme profondeur sans qu'on ait pu entrer dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces taches siègent en effet à peu près exclusivement, on peut même dire exclusivement, en des points comme les membres supérieurs et face externe où il était impossible de faire avec la main au bras opposé, un pli à la peau pour entrer dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est le malade lui-même qui a trouvé cette ingénieuse explication. Ces taches durent depuis déjà sept ans.

Le 26 octobre, M. Devic voyant le malade pour la première fois, remarque quelques particularités sur l'état du poumon, et note quelques détails sur les taches bleues. Examinant la bouche du sujet pour y rechercher la pigmentation il aperçut quelques plaques opalines suspectes qui lui firent immédiatement penser à la syphilis. Interrogé spécialement à ce sujet, le malade dit avoir eu quelque chose comme un bouton à la verge deux mois ou six semaines auparavant; en insistant, on lui fait avouer qu'il a de la douleur à la déglutition. Il n'a jusque-là suivi aucun traitement spécifique. Il est adressé le lendemain à M. Cordier, chirurgien de l'Antiquaille, qui confirme le diagnostic de syphilis.

Le traitement est appliqué immédiatement (3 pilules de Dupuytren par jour), et les accidents disparaissent au bout de quinze jours.

EXAMEN DU MALADE. — *En avant*, le poumon donne à la percussion une sonorité normale à gauche, de la submatité à droite.

L'auscultation ne donne aucun bruit anormal, respiration légère un peu obscure surtout à gauche.

En arrière, submatité des deux sommets, rien aux bases. Augmentation des vibrations à droite.

A l'auscultation on note au sommet droit quelques petits râles humides, dans le reste du poumon râles humides discrets.

A gauche on perçoit un foyer de râles muqueux au niveau de la pointe de l'omoplate, quelques râles discrets au sommet.

Diminution notable du murmure, pas de retentissement à la toux.

Au cœur. La pointe bat dans le cinquième espace au niveau du mamelon, pas de frémissement.

Les bruits sont forts, bien frappés, pas de souffle, pas de bruit anormal.

Pouls à 92 régulier, de tension moyenne.

Abdomen. — Foie non douloureux à la pression, un peu diminué de volume, matité hépatique commence dans le sixième espace, le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Matières légèrement décolorées depuis trois ou quatre jours. Constipation habituelle.

Estomac. — Rien d'anormal, pas de clapotage.

Rate. — Pas perceptible, pas douloureuse.

Rien aux reins, ni aux organes génitaux, pas de météorisme, pas d'ascite, pas de sucre, légère trace d'albumine.

Système nerveux. — Exagération des réflexes rotuliens. Trépidation épileptoïde.

Radioscopie. — Les deux sommets sont gris, surtout le droit en avant. Nombreux ganglions du même côté.

A gauche, toute la base est grisâtre et s'éclaire mal à la respiration.

Le cœur paraît noyé. Contours difficiles à suivre. Pointe grosse.

Le médiastin est occupé par une masse courbe faisant corps avec la colonne. Impossible de distinguer le médiastin postérieur.

16 novembre 1904. — M. Villard a excisé un lambeau

de peau au niveau de la région deltoïdienne, c'est celui qui a servi à notre étude microscopique des taches bleues.

OBSERVATION IV

(Due à M. Devic. Hôpital de la Croix-Rousse,
salle Sainte-Clotilde.)

*On a fait une aquarelle du thorax de cette
malade, ce dessin est reproduit au début
de notre travail. C'est à elle qu'apparte-
nait la seringue représenté page 58.*

X..., trente-huit ans, brodeuse, a fait deux séjours à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde. Le premier, du 2 mars 1901 au 5 septembre 1901; le deuxième, du 31 janvier au 30 août 1902.

M^{me} X... est une femme intelligente, instruite, issue d'une famille aisée. Son mari exerçait une profession libérale, elle a vécu dans une large aisance jusqu'au moment où son mari et elle sont devenus morphinomanes. A dater de cette époque, le mari ne travaillant plus qu'irrégulièrement, l'aisance disparut peu à peu du ménage pour faire place à la gêne et finalement à la misère la plus complète. Deux mois avant d'entrer pour la première fois à l'hôpital, cette femme a quitté son mari en emmenant avec elle sa fille aînée.

Depuis lors, elle a essayé de travailler et a employé tout espèce de moyens pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de la morphine et de la cocaïne; les derniers temps, elle avait fini par trouver un pharmacien qui lui cédait ces toxiques à prix coûtant, dit-elle. Son existence a été des plus mouvementées et des plus misérables, chantant dans les cours, mendiant, etc..., etc... Elle entre à l'hôpital dans un état de décrépitude physique et morale difficile à décrire, couverte de haillons, même de parasites, bien plus pour se soustraire aux recherches de la police que pour être guérie

de sa maladie. Honteuse de son état de déchéance dont elle se rend encore compte, elle étudie les questions qu'on lui pose et l'interrogatoire est des plus laborieux.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-cinq ans d'une affection cardiaque, mère morte à soixante ans, d'une pneumonie probablement, en cinq jours. N'étaient nerveux ni l'un ni l'autre. Douze frères ou sœurs, dont six morts en bas âge de maladie indéterminée, trois morts vers l'âge de vingt ans de tuberculose aiguë. Des trois frères vivants et bien portants, la malade ne peut ou ne veut donner aucun renseignement.

Antécédents personnels. — Coqueluche et scarlatine dans l'enfance. A vingt-quatre ans, bronchite qui dura plusieurs mois, s'accompagna d'hémoptysies et fut traitée par des applications de pointes de feu au sommet gauche, dont on voit encore les traces. Depuis une douzaine d'années ne tousse plus, pas de pleurésie, pas même de rhume. Il y a douze ans, après un accouchement, salpingite très douloureuse ayant nécessité un repos de plusieurs mois; c'est à cette occasion qu'elle devint morphinomane.

Réglée à douze ans, très régulièrement jusqu'au début de la morphinomanie, suppression complète depuis six ans.

Mariée à seize ans, a eu huit enfants (en a allaité cinq) et a eu deux fausses couches. Trois enfants morts en bas âge de coqueluche. Cinq vivants, bien portants, sauf la fille aînée, qui est morphinomane et qui rentre dans le service en même temps que sa mère.

Il y a douze ans, à l'occasion d'accidents douloureux utéro-annexiels post-puerpéraux, un médecin lui fit une première injection de morphine. Elle éprouva un tel soulagement qu'elle en réclama d'autres les jours suivants. De 1889 à 1895, les injections furent irrégulières et les solutions faibles; souvent il lui arrivait de passer plusieurs jours sans s'en faire, et durant toute cette période les doses quotidiennes ne dépassèrent pas 5 centigrammes.

En 1895, son mari, qui était devenu aussi morphinomane,

commença à ne plus travailler régulièrement et à prendre, dit-elle, mauvais caractère. Il s'en suivit des discussions fréquentes et des disputes. A cette occasion, la malade augmenta de beaucoup le nombre des piqûres et y ajouta de la cocaïne pour combattre, dit-elle, les effets fâcheux que pouvait avoir la morphine sur son organisme. Jusqu'en 1897, les doses quotidiennes varièrent de 50 centigrammes à 1 gramme de morphine et de cocaïne. Au fur et à mesure que les conditions de la vie matérielle étaient plus dures pour elles, que les économies s'épuisaient, elle augmentait pour elle et sa fille les doses de chacun des deux toxiques qui, depuis quatre ans, ont oscillé de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 environ.

La malade raconte qu'elle a essayé quatre fois de supprimer ses désastreuses habitudes. La première fois, il y a huit ans, elle n'aboutit qu'à une simple diminution des doses. La deuxième fois, il y a cinq ans, en 1896, sur les conseils et la surveillance d'un médecin, la suppression rapide fut essayée. Pendant deux mois elle fut guérie, au bout de ce temps survinrent des sueurs profuses et de l'œdème de la face qui l'obligèrent à reprendre ses piqûres. En 1898, troisième tentative de suppression brusque cette fois, et qui dura trois jours seulement. Elle reprit la morphine, sur les conseils d'un médecin, dit-elle, parce qu'elle éprouvait des vertiges, des épistaxis, de l'otorragie et des accidents gastro-intestinaux très marqués. La quatrième tentative eut lieu il y a quelques semaines à l'hôpital Saint-Pothin; au quatrième jour, la malade s'évada de l'hôpital.

Actuellement, on se trouve en présence d'une femme d'aspect misérable, couverte de haillons, se rendant très bien compte de son état et, honteuse, évitant de répondre aux questions qu'on lui pose.

amaigrissement notable, les seins ont presque complètement disparu, pâleur des téguments, décoloration des muqueuses, yeux très brillants fortement cernés, pas d'œdème. Langue saburrale, très peu d'appétit, réclame

seulement de la soupe et du lait, ne paraît pas avoir contracté d'habitudes alcooliques, très mauvaise dentition depuis quelques années seulement, soit exagérée. Pas de diarrhée, plutôt de la constipation. Pas de clapotage gastrique, on ne sent ni le foie ni la rate, ventre un peu proéminent. Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont un peu douloureux, l'utérus mobile est de volume normal.

Suppression des règles, pas de leucorrhée.

Au cœur, pointe dans le cinquième espace, bruits réguliers et normaux, poulx un peu accéléré plutôt faible, 92 par minute.

Aux poumons on ne trouve plus qu'un peu de submatité au sommet gauche en arrière avec de l'obscurité relative du murmure vésiculaire. Pas de râles, pas de souffle, pas de retentissement de la toux. Ni toux, ni expectoration.

Inégalité pupillaire nette, la droite plus petite que la gauche, réagissant faiblement à la lumière et à l'accommodation, rien à la musculature externe. Réflexes tendineux normaux. Pas de troubles appréciables objectifs de la sensibilité sur le tronc et les membres.

Dit avoir toujours été nerveuse, beaucoup plus depuis qu'elle est morphinomane ; jamais de crises vraies, mais souvent, à l'occasion de contrariété, état lipothymique ou même véritable syncope.

Rien qui puisse faire songer à la syphilis qu'elle nie d'ailleurs. Apyrexie. Urines rares, hautes en couleur, sans albumine ni sucre.

Ce qui attire surtout l'attention chez cette femme, c'est l'état de la peau. Celle-ci est couverte d'abcès, les uns en voie de suppuration, les autres bridés, la plupart sont superficiels et de petit volume, disséminés sur le membre et le tronc. Il y a aussi des cicatrices blanchâtres déprimées, plus ou moins irrégulières, consécutives à d'autres abcès.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la présence de taches analogues à celles qu'on voit chez la fille, mais beaucoup plus abondantes, ce sont des taches bleues, cou-

leur acier bleui, non saillantes, peu étendues et siègeant surtout au niveau de la face externe des bras, des avant-bras, des cuisses, du tronc.

Elle forment des groupes disséminés entre les abcès et les cicatrices et ne siègent que dans les points où ceux-ci se trouvent, c'est-à-dire qu'on n'en rencontre ni à la face, ni au cou, ni aux pieds, ni dans le dos le long de la colonne vertébrale.

La malade les a bien remarquées ; elle affirme qu'elles sont toujours consécutives aux piqûres mais seulement à celles qui saignent. Elle ajoute qu'elles ne viennent, quand elles doivent venir, que quelques semaines après la piqûre. La malade croit pouvoir assurer qu'elles ne surviennent jamais au niveau des points où il y a eu un abcès. L'adjonction de la cocaïne à la morphine aurait favorisé leur apparition.

La malade faisait usage autrefois de seringues ordinaires propres, elle prenait quelques soins de sa peau. Depuis longtemps déjà non seulement elle ne prend plus la précaution de laver sa seringue et d'essuyer ses aiguilles, mais encore elle se sert d'instruments fabriqués par elle-même et qui ne ressemblent à rien.

Elle nous donne à son entrée deux de ces seringues fabriquées par elle-même, ce sont des instruments sales, rouillés et dont les aiguilles ne piquent plus.

19 mars. — On a pratiqué la suppression rapide. Le 5 mars, la sœur du service lui a injecté dans les vingt-quatre heures 2 gr. 60 de morphine et 2 gr. 60 de cocaïne (comme à sa fille) en 12 fois, soit 0 gr. 25 de chaque substance toutes les deux heures. Les jours suivants on a injecté 0 gr. 20 de moins chaque jour, très régulièrement ; hier la dose a été de 0 gr. 30. La malade a été assez docile et n'a présenté guère que des sueurs abondantes surtout localisées à la face et au tronc. De plus, elle a eu des picotements désagréables de lapituitaire avec éternûments fréquents. L'appétit a un peu augmenté, elle dit mieux digérer, cependant

la langue est toujours bien saburrale. Le pouls est à 84, régulier, de faible tension. L'urine a été examinée chaque jour et collectée. La quantité dans vingt-quatre heures a augmenté. On n'a trouvé ni sucre, ni albumine.

23 mars. — Depuis avant-hier, la cure est très mal supportée, cependant hier elle a eu encore 6 centigrammes de morphine et 6 centigrammes de cocaïne ; 2 centigrammes dans la journée, 4 centigrammes dans la nuit de chaque substance. Agitation très marquée, insomnie avec véritable délire et hallucinations de la vue, on a dû mettre la malade dans le cabinet d'isolement. Elle a réclamé avec insistance de la morphine qu'elle n'a du reste pas obtenue. En outre, la malade, qui était d'ordinaire constipée, a eu un peu de diarrhée, le pouls est bon, régulier, rien dans l'urine.

29 mars. — L'agitation est un peu moindre, mais la malade reçoit encore 0 gr. 05 de morphine par jour ; on a supprimé complètement la cocaïne depuis hier. Elle demande de la morphine, mais reconnaît qu'elle n'a pas besoin de cocaïne. L'inégalité pupillaire a presque disparu, mais les pupilles sont toujours paresseuses. Mange peu, langue saburrale.

12 avril. — Aujourd'hui, pour la première fois, la malade n'a pas eu de morphine. Elle est toujours agitée, anxieuse. Depuis le 23 mars, on a eu recours à divers médicaments pour remplacer la morphine. On a donné successivement du bromure, du chloral, du trional, du sulfonal, de l'anti-pyrine, pour calmer l'agitation et triompher de l'insomnie. Tous ces médicaments ont peu agi. Deux fois on a eu recours à des injections de sulfate de spartéine, elles ont provoqué des vomissements alimentaires et bilieux. Ce qu'il y a de plus net pendant toute la période de suppression, qui a duré du 5 mars au 11 avril, ce sont les troubles digestifs, caractérisés surtout par des crampes d'estomac avec brûlure à l'épigastre. Ces brûlures survenaient par crises, une heure ou deux après le repas. Quelle que soit la nature des

aliments, le bicarbonate de soude les a toujours soulagées. La malade en a pris 8 à 10 grammes par jour.

22 avril. — La malade ne prend plus comme médicament que du bicarbonate de soude. Les crises hyperchlorhydriques s'atténuent, mais existent toujours ; elles ne s'accompagnent plus de vomissements. L'alimentation se fait beaucoup mieux. L'état général est bien meilleur ; la pâleur a disparu, la malade a augmenté de poids. Elle a encore un peu d'insomnie et elle prend tous les jours, avant le dîner, un grand bain de trois quarts d'heure qui la calme bien ; elle dort assez bien et commence à s'occuper dans la salle.

20 juin. — Augmentation considérable du poids. Ne prend aucun médicament, digère bien, rien dans l'urine. Les règles, qui étaient supprimées depuis bientôt six ans, ont réapparu le 28 mai, très abondantes ; elles ont été précédées et accompagnées de douleurs abdominales très vives ; la malade a gardé le lit deux jours.

La malade sort le 5 septembre et promet de ne plus se faire de piqûres.

Les règles sont revenues à peu près régulièrement depuis le mois de mai ; à chaque fois, elle raconte qu'elle eut une excitation génitale très vive. Cette femme a tellement changé, depuis son entrée dans le service, qu'on aurait aujourd'hui de la peine à la reconnaître. Etat général excellent, elle est presque obèse.

Poids : 3 mars	45 kg. 500	25 juin	67 kilogr.
3 avril	48 kilogr.	28 juillet	71 —
30 —	51 —	25 août	72 —
25 mai	59 kg.	soit augment. de poids de 26 kg. 500.	

L'état du tégument s'est bien modifié ; il n'y a plus trace des anciens abcès, mais les taches bleues persistent comme à l'entrée ; c'est un véritable tatouage, leur nombre n'a pas augmenté, mais la peau étant plus propre, elles sont bien plus nettes. Il n'y a presque plus de ganglions dans les aisselles et les aines.

Deuxième séjour, du 31 janvier au 30 août 1902.

Après sa sortie du service, la malade est rentrée chez elle et, pendant deux mois environ, s'est bien portée et n'a pas retouché à la morphine. Au commencement de novembre, elle eut une fluxion dentaire ; à cette occasion, son mari lui fit une injection de cocaïne et de morphine. Les douleurs se calmèrent, puis revinrent ; nouvelles injections, dont le nombre augmenta rapidement.

Depuis deux mois, elle se fait environ 75 centigrammes à 1 gramme par jour de morphine et de cocaïne, suivant ses ressources ; elle mendiait dans les rues.

A l'entrée, amaigrissement considérable, langue blanche, anorexie, constipation, pâleur bien marquée, pas d'œdème des jambes, beaucoup d'abcès superficiels, les uns en voie de formation, les autres en pleine suppuration. Les anciennes taches bleues paraissent avoir augmenté de nombre, quelques-unes ont une coloration plutôt verte que bleue ; la malade prétend que ce sont celles qui ont apparu récemment. Les règles ont cessé depuis deux mois. Rien au cœur. Pouls régulier, faible, 82. Urines rares, ne contenant ni sucre ni albumine. Apyrexie, malgré les petits foyers de suppuration. Rien de nouveau aux poumons, ne tousse pas. Excitabilité très grande, insomnie, agitation nocturne très marquée. L'inégalité pupillaire, qui avait disparu avec la suppression de la morphine, est revenue aussi nette que lors du premier séjour.

13 février. — On a fait la suppression rapide dès le premier jour, en commençant par 1 gramme et en diminuant de 20 centigrammes, puis de 10 centigrammes, puis de 5 centigrammes par jour. Aujourd'hui, on a cessé complètement. Cette suppression a été beaucoup mieux tolérée que la première fois. La malade n'a eu que des sueurs très abondantes, un peu d'agitation nocturne sans délire, sans hallucinations, mais de la céphalée.

Les troubles gastro-intestinaux ont été très nets. La diarrhée a succédé à la constipation, les brûlures avec crampes d'estomac suivies de vomissements se sont produites dès le quatrième jour. Les alcalins les ont calmées.

On n'a donné aucun médicament qu'un peu de chloral et de bromure.

26 mars. — La malade prend encore du bicarbonate, 4 grammes par jour, et s'alimente bien mieux. Les règles sont revenues le 1^{er} mars, abondamment et sans douleurs. A déjà beaucoup repris de poids, l'inégalité pupillaire a disparu.

20 mai. — Etat général très bon, ne se plaint plus de troubles digestifs. La peau est propre, les taches bleues sont bien plus nettes et maintenant sont toutes bleues.

Rien au cœur, rien dans l'urine ; toujours nerveuse, rit beaucoup parfois et pleure facilement. La malade est sortie le 29 août, en excellent état.

Poids :	2 février 1902	53 kilogr.	3 juin	67 kilogr.
	3 mars —	56 —	3 juillet	69 —
	3 avril —	60 —	29 août	71 —
	3 mai —	63 —		

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. Devic.)

(Salle Sainte-Clotilde, Hôpital de la Croix-Rousse.)

X... brodeuse, dix-huit ans et demi, entre une première fois à l'Hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, le 2 mars 1901.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, âgé de quarante-sept ans, morphinomane depuis longtemps. Mère vivante, âgée de trente-huit ans, morphinomane également, rentrée à l'hôpital en même temps que sa fille. 8 frères ou sœurs,

dont 3 sont morts en bas âge de maladie indéterminée, les autres bien portants et moins âgés qu'elle.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Pas de scrofule, ni adénite, ni pleurésie, ni bronchite. A neuf ans, entérite sans fièvre ayant duré deux mois. Réglée à dix ans et demi et assez régulièrement jusqu'à ces deux dernières années. C'est pour calmer les douleurs abdominales et lombaires qui accompagnaient toujours ses règles que sa mère, morphinomane depuis longtemps, lui fit les premières injections de morphine. Celles-ci furent d'abord mal tolérées et provoquèrent des vomissements, aussi furent-elles rares et pratiquées seulement à chaque période menstruelle jusqu'à la fin de l'année 1898. A partir de ce moment, au moindre malaise, elle demandait une piqure à sa mère qui s'empressait de satisfaire ses désirs et souvent même les prévenait. Les injections devinrent rapidement fréquentes, puis quotidiennes, puis se répétèrent plusieurs fois par jour. Il y a dix-huit mois environ, à l'exemple de sa mère, elle ajouta la cocaïne à la morphine. Depuis six mois elle est arrivée à injecter chaque jour environ de 2 à 2 gr. 50 de chacun des deux poisons. En juillet 1900, elle aurait fait chez elle une tentative de suppression brusque, qui du reste échoua complètement ; l'abstinence dura trois jours. Depuis vingt-six mois, suppression complète des règles. L'amaigrissement et la perte des forces ont surtout fait des progrès depuis le moment où la malade s'est injecté de la cocaïne, mais déjà à l'époque où elle ne faisait usage que de morphine, ces deux symptômes avaient fait leur apparition. Les troubles gastro-intestinaux, et notamment la diarrhée, sont permanents depuis deux ans. Il n'y aurait que six mois qu'auraient apparu les vertiges ; depuis lors, elle ne s'est livrée à aucun travail. Avec sa mère, elle a mené une existence des plus misérables, couchant dans les asiles de nuit, mendiant le plus souvent sur la voie publique, mais ne sortant guère que dans la soirée.

Etat actuel : Jeune fille de taille moyenne, très amaigrie,

poids 35 kilogrammes, très pâle, mais nullement cachectique. couverte de haillons, d'aspect sordide, nombreux *pediculi capitis* et *corporis*. Décoloration des muqueuses, pas d'œdème. Regard très brillant, yeux cernés. Très soupçonneuse, méfiante, répondant à peine aux questions, se cachant la tête sous les couvertures et n'osant pas vous regarder en face.

Langue saburrale et sèche, anorexie très marquée, mange surtout de la soupe et demande du lait, ne paraît avoir aucun goût pour l'alcool sous toutes ses formes, refuse même le vin, réclame de la limonade et du café. Diarrhée persistante, trois ou quatre selles liquides par jour, sans coliques. Estomac non dilaté, ventre souple mais un peu ballonné. Foie et rate non sentis. Dentition en très bon état.

Ni toux, ni expectoration, rien à l'auscultation du poumon.

Pointe du cœur dans le quatrième espace, bruits réguliers et normaux. Pouls régulier petit, 96 par minute. Léger murmure veineux dans les vaisseaux du cou, pas de souffle oculaire.

Pupilles inégales, la droite plus large que la gauche, un peu serrées, un peu paresseuses à la lumière et à l'accommodation; rien à la musculature externe de l'œil; l'acuité visuelle paraît normale, perçoit bien les couleurs.

Réflexes rotuliens plutôt exagérés, pas de troubles objectifs appréciables de la sensibilité, accuse une très grande lassitude et reste couchée, tranquille pourvu qu'on lui fasse des piqûres. Insomnie habituelle et grande agitation dès qu'elle manque de ses toxiques.

Urines claires, émises en petite quantité, mais ne contenant ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Sur le tronc et les membres, nombreuses traces d'abcès, la plupart superficiels, en voie de suppuration, d'autres en voie de cicatrisation. Cicatrices blanchâtres multiples, suites d'anciens abcès. Entre les cicatrices on remarque des taches bleuâtres ou mieux bleu-ardoisées, non saillantes, quelques-

unes même plutôt un peu déprimées, de formes variables, à contours irréguliers et de petite étendue ; les plus grandes n'ont pas plus de 5 à 6 millimètres de diamètre. Ces taches pigmentaires ressemblent tout à fait à des tatouages, leurs limites sont nettes, elles n'ont aucun rapport avec les cicatrices et les égratignures nombreuses que présente le tégument externe. On les trouve sur presque toute l'étendue de la peau où les piqûres ont été pratiquées et pas du tout en dehors de cette zone; ainsi il n'y en a point du tout sur la face, le cou, les pieds et les mains. Elles sont beaucoup plus abondantes sur la face externe des bras et des avant-bras, la face externe des cuisses, les parties latérales du tronc qu'ailleurs, où elles sont rares.

Pas de taches pigmentaires dans la bouche, pas de pediculi pubis. Nombreux ganglions aux aines et dans les aisselles. La malade ne peut donner des renseignements sur la date et le mode d'apparition de ces taches auxquelles d'ailleurs elle n'avait prêté aucune attention. Pour faire ses injections, elle se servait de la même seringue que sa mère. Les deux seringues remises ce jour, celle de la mère et celle de la fille, sont absolument semblables et également malpropres (décrite dans l'observation de la mère).

26 mars. — On a pratiqué la suppression rapide, qui a été très bien tolérée de la façon suivante :

Le 5 mars, pour se conformer au dire de la malade, la sœur du service a injecté dans les vingt-quatre heures 2 gr. 60 de morphine et 2 gr. 60 de cocaïne en douze fois, soit 25 centigrammes de chaque substance à la fois. Après chaque injection la malade n'a présenté qu'une sensation de bien-être, de la rougeur de la face et quelques sueurs.

Le 6 mars elle a reçu 2 gr. 40 de chaque substance.

7	—	—	2	20	—
8	—	—	2	00	—
9	—	—	1	80	—
10	—	—	1	60	—
11	—	—	1	40	—

Le 12 mars elle a reçu 1 gr. 20 de chaque substance.

13	—	—	1	00	—
14	—	—	0	80	—
15	—	—	0	60	—
16	—	—	0	50	—
17	—	—	0	40	—
18	—	—	0	30	—
19	—	—	0	20	—
20	—	—	0	10	—
21	—	—	0	08	—
22	—	—	0	06	—
23	—	—	0	04	—
24	—	—	0	02	—
25	—	—	0	01	—
26	—	—		0	—

L'urine des vingt-quatre heures a été collectée et examinée très souvent, jamais on n'y a trouvé ni albumine, ni sucre. La quantité des urines émise en vingt-quatre heures a passé de 800 centimètres cubes au début à 1600 centimètres cubes à la fin.

On a ouvert dès le premier jour tous les petits abcès, lavé et pansé les plaies; la température subfébrile constatée les premiers jours est rapidement tombée à la normale.

Pas d'arythmie, aucun trouble cardiaque. La diarrhée a complètement cessé au bout d'une dizaine de jours, l'anorexie a vite diminué, mais l'appétit n'est pas encore normal.

Il n'y a eu ni délire, ni grande agitation, sauf les premières nuits, toujours un peu d'insomnie. On n'a donné ni chloral, ni terpine, ni bromure, aucun médicament qu'un peu de sirop de valériane. L'état général est meilleur, la maigreur et la pâleur ont déjà diminué.

20 avril. — Les règles, qui avaient disparu depuis vingt-six mois, ont reparu le 2 avril, elles ont été abondantes et douloureuses, néanmoins la malade n'a pas demandé de morphine.

Augmentation considérable de poids, bon appétit, plus

de troubles digestifs, dort bien et sans cauchemars, d'un sommeil tranquille, s'occupe dans la salle, aide les sœurs. L'aspect de la malade s'est considérablement modifié, elle a repris des couleurs. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pouls à 72, régulier.

30 mai. — Etat général excellent. Les règles sont revenues régulièrement au bout de cinq semaines, toujours douloureuses. Cause volontiers, regard normal, est devenue plutôt gaie, mais toujours un peu nerveuse. Les taches pigmentaires ne se sont pas modifiées, mais il n'en est pas survenu de nouvelles. Dort bien, rien dans l'urine.

La malade sort le 12 juillet en même temps que sa mère, promettant bien de ne plus se faire de piqûres. Elle a pris 1 kg. 500. Teint coloré, état général très bon, règles régulières. Reste dissimulée et menteuse.

Tableau des poids :

Il y a deux ans et demi pesait environ 48 kilogrammes.			
3 mars 1901	—	35	—
20 mars 1901	—	36	—
4 avril 1901	—	38	—
10 avril 1901	—	40	—
4 mai 1901	—	44	—
30 mai 1901	—	47	—
17 juin 1901	—	50	—
18 juillet 1901	—	54 kg.	500

Deuxième séjour du 31 janvier 1902 au 30 juillet 1902

Après sa sortie de l'hôpital, la malade est rentrée chez son père, également morphinomane, avec sa mère. Elle est restée environ quatre mois sans reprendre de morphine ; pendant ce temps sa santé était excellente, toutes les fonctions se faisaient normalement. Au commencement de décembre 1901, au moment des règles qui ont toujours été

douloureuses, elle prit une stomatite aphteuse, très douloureuse et accompagnée de fièvre. Pour la calmer, sa mère qui avait déjà repris ses habitudes anciennes, lui fit une première injection. Au bout de quinze jours, elle reprenait plus d'un gramme de morphine par jour et autant de cocaïne. Rapidement, tous les troubles signalés précédemment revinrent : vertiges, perte des forces, anorexie, diarrhée, etc. Il y a un mois, sa mère quitta le domicile conjugal, sa fille la suivit. Depuis ce moment elle a mené une vie errante sur laquelle il est difficile d'avoir des détails précis. En tous cas, elle paraît avoir beaucoup souffert du froid et de la faim.

Etat actuel. — Amaigrissement considérable. Poids 38 kg. 500, pâleur marquée, yeux cernés, regard brillant, hébété; agitation continuelle, refus de répondre aux questions qu'on lui pose, se cache la tête sous les couvertures. En un mot, l'aspect est à peu près le même que lors du premier séjour à l'hôpital avec les mêmes symptômes gastro-intestinaux. Sur la peau on remarque plusieurs petits abcès superficiels récents. Les taches bleues persistent, il semble qu'il y en ait quelques-unes de plus qu'au premier séjour, mais il est difficile de l'affirmer. En tous cas il n'y en a toujours point au niveau des régions qui n'ont jamais reçu de piqûres. Rien aux poumons et au cœur, urines rares, sans sucre, ni albumine. Pouls petit, régulier, 96 par minute. Une inégalité pupillaire signalée au premier séjour est revenue (comme chez la mère).

Ce qui attire l'attention surtout aujourd'hui, c'est une lésion de la lèvre inférieure siégeant tout près de la commissure droite. Il s'agit d'une ulcération d'un 1/2 centimètre de diamètre, irrégulièrement ovalaire, à bords taillés à pic, reposant sur une base très nettement indurée recouverte en partie d'une croûte noirâtre ; elle est indolente, plusieurs ganglions sous-maxillaires indurés. Cette ulcération serait apparue il y a environ trois semaines.

3 février. — M. Cordier, ancien chirurgien de l'Anti-

quaille a bien voulu venir examiner cette malade. Il a conclu sans hésitation à la nature spécifique à un chancre induré de la lèvre inférieure. Aucun accident secondaire, pas de roséole; la jeune fille est vierge. On institue immédiatement le traitement spécifique et en même temps on soumet la malade à la suppression rapide de la morphine.

16 février. — La suppression totale de la morphine a été faite en neuf jours, progressivement, beaucoup plus rapidement donc que la première fois, mais on était parti de 1 gramme seulement de chacune des deux substances. La malade n'a éprouvé aucun malaise et elle s'est soumise sans récrimination au traitement.

La diarrhée a cessé très rapidement.

1^{er} mars. — La malade a accusé dernièrement de la céphalée nocturne qui a cédé assez rapidement à l'emploi de l'orthoforme (trois cachets de 0 gr. 50 chacun) sans qu'on ait interrompu le traitement spécifique.

11 mars. — Réapparition des règles qui avaient cessé depuis trois mois et demi, l'état général est devenu bien meilleur, dort bien, mange de bon appétit. Rien dans l'urine. Cependant l'augmentation de poids n'a pas été aussi rapide qu'au premier séjour. L'inégalité papillaire a disparu complètement. Quelques plaques muqueuses dans la bouche et le pharynx.

28 mai. — Nouvelles poussées de plaques muqueuses. Le chancre a laissé une évacuation apparente encore.

30 juillet 1902. — La malade sort aujourd'hui. Depuis un mois, elle n'a pas eu d'accident secondaire, on voit bien la cicatrice du chancre. Elle a pris en tout 400 pilules de Dupuytren, qui ont très bien été tolérées. Les règles sont régulières et moins douloureuses. Etat général bon, dort bien. Le poids n'est pas revenu à ce qu'il était lors de la sortie après le premier séjour. Pas d'albumine dans l'urine. Les taches bleues n'ont pas changé de coloration, d'étendue et d'aspect.

Poids de la malade :

31 janvier 1902. .	38 kgr. 500	13 mai 1902. .	45 kgr. 500
4 mars.	41 500	15 juin	49 500
20 avril.	44	30 juillet . . .	51 500

La malade n'a plus été revue. Mais nous avons appris par une sœur de service que cette jeune fille est morte pendant l'été de 1903, d'une pneumonie.

Elle était de nouveau revenue à la morphine et à la cocaïne quelques mois après être sortie du service.

OBSERVATION VI

(Due à M. Devic, Hôpital de la Croix-Rousse.)
(Salle Sainte-Clotilde.)

X..., épouse de J. A..., âgée de trente-neuf ans, lingère, née à Valence et demeurant à Lyon, entrée le 15 avril 1906 pour se guérir de morphinomanie.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'ataxie locomotrice à cinquante-neuf ans.

Mère morte, probablement bacillaire, la malade étant âgée de trois ans.

Antécédents personnels. — Mariée, un enfant mort de bronchite. Pas de morphinomanes dans sa famille.

Dans l'enfance, elle a eu la scarlatine, la rougeole, la variole, la coqueluche et des bronchites, elle n'a jamais été très robuste.

A son premier accouchement, il y a vingt ans, elle eut une déchirure du périnée et souffrait du ventre depuis cette époque. Elle n'a cessé alors d'avoir des douleurs abdominales et des pertes blanches.

Il y a douze ans, elle eut un accès de pyélonéphrite aiguë, la malade était oppressée, avait de l'anarsaque, ses urines contenaient du pus.

Elle reste au régime lacté mitigé durant un an. Les urines revues depuis cette époque tous les trois mois, contenaient de l'albumine

Il y a cinq ans, les douleurs abdominales furent plus vives; le Dr Salvador lui aurait fait une opération avec anesthésie, puis, envoyée à la Charité, elle fut opérée de nouveau sans anesthésie préalable.

On fit le diagnostic de salpingite.

C'est à cette époque que la malade devint morphinomane. Au début, le Dr Salvador lui faisait trois injections par jour; progressivement, les doses augmentèrent. Elle commença par se piquer deux fois par jour, s'injectant au total 0 gr. 30 de morphine, depuis un an elle fait des injections de 0 gr. 02 de morphine à raison de 30 par jour.

Elle vient à l'hôpital pour se guérir de la morphinomanie, elle a fait elle seule plusieurs tentatives pour se passer de l'alcaloïde, elle n'a jamais pu réussir.

EXAMEN. — Au moment de l'examen, la malade éprouve le besoin de la piqure. Elle est angoissée, a des palpitations, une sudation intense. Agitée, elle se tourne et se retourne dans son lit, bâille constamment, elle a froid et accuse un malaise général.

Une injection lui est accordée et les malaises disparaissent.

Au niveau des deux épaules se trouvent des taches bleues au nombre d'une vingtaine environ, on en trouve également sur la face antérieure et externe des bras. Aux cuisses, cicatrices d'abcès, mais pas de pigmentation.

Ces taches bleues sont de teinte très pâle, elles rappellent parfaitement la couleur des tatouages. A leur centre, déprimé, on trouve une cicatrice ovalaire, allongée, signe indéniable qu'une aiguille a été enfoncée en cet endroit. Ces taches sont petites, de la grandeur d'une lentille tout au plus, quelques-unes, rares d'ailleurs, affectent des dimensions un peu plus grandes.

Interrogée au sujet de ces taches, la malade répond

qu'elle ne les a remarquées que depuis qu'elle fait usage de la morphine, elle ne peut assurer si elles correspondent exactement aux endroits piqués.

Elle dit d'autre part, que sa seringue était tenue très proprement, enveloppée dans du coton. Elle a l'habitude de flamber ses aiguilles, soit au gaz, soit à l'essence. Elle remarque, dans ce dernier procédé, que l'aiguille se recouvrait de particules charbonneuses, mais elle avait soin d'essuyer ce dépôt.

Les aiguilles dont elle se servait n'étaient pas rouillées, elle avait soin de les tenir très propres quoique, souvent, avant de se piquer, elle les plaçait sur une table à côté d'elle.

Elle reconnaît que souvent, pressée par le besoin de la morphine, elle employait des solutions qui n'étaient pas d'une limpidité rigoureuse, il s'y formait souvent des dépôts qui avaient une teinte grisâtre.

Notons toutefois que la malade était instruite des dangers qu'elle courait en se piquant avec des aiguilles mal-propres.

Au moment de faire son injection, elle ne prenait pas la précaution de faire un pli à la peau et elle a remarqué que l'injection était souvent douloureuse.

Poumons normaux.

Cœur, pointe, cinquième espace ; premier bruit un peu vibrant, pas de galop.

Ventre un peu douloureux à la pression, le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Rate non perçue.

Urines non albumineuses. Quand la morphinomanie débuta, les règles cessèrent.

20 avril. — On commence le traitement : au lieu de 60 centigrammes, on donne 8 centigrammes de morphine en piqûres, la malade agitée ne dort pas. Pas de troubles cardiaques, pas de dyspnée. Elle mange peu.

21 avril. — Seulement 4 centigrammes de morphine,

constipation au lieu de diarrhée. Point de côté à gauche. Rien à constater, état général bon.

24 avril. — Exagération des réflexes rotuliens, la malade pesée a perdu 7 kilogrammes depuis sa morphinomanie. Mange bien. Sa constipation dure toujours. Pouls 60. Le premier bruit toujours éclatant et plus fort que le deuxième.

26 avril. — Insomnie de la malade. Elle ne prend que 3 centigrammes de morphine associée à du véronal. Pouls faible mais régulier, 60.

Les pupilles réagissent bien à la lumière, pas de diarrhée, pas d'albumine, elle a repris 700 grammes depuis son entrée.

La malade a un état général bon, elle reste assez tranquille.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Péhu. Service de M. Mousset.)

La malade rentre dans le service pour qu'on lui supprime la morphine dont elle use et abuse depuis trois ans.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade s'est fait sauter la cervelle, en 1882, pour des soucis d'argent, la mère est morte il y a huit jours d'un cancer abdominal.

La mère de la malade se piquait à la morphine, 2 gr. 50 par jour avec 1 gramme de cocaïne, elle aurait, au dire de la malade, présenté des taches bleues dans certaines parties des téguments.

Antécédents personnels. — Deux enfants dont l'un est mort le 29 novembre, d'affection inconnue, un des deux avait été enfermé dans une maison de correction.

Son mari est séparé d'elle, il est en excellente santé.

Réglée régulièrement jusqu' il y a trois ans. Depuis trois ans, moment où elle a commencé à user de la morphine, la malade n'a plus revu ses règles. Il y a cinq ans la malade avoua avoir contracté la syphilis ; la date de cette

maladie paraît plus récente, car on constate des éruptions papuleuses, jambonnées, d'origine spécifique.

Il y a trois ans, elle est prise de douleurs névralgiques de la vessie, elle se surmenait beaucoup à ce moment, elle n'avait pas de pertes blanches ni de cuissons en urinant. Les douleurs faisaient beaucoup souffrir la malade et sa mère, qui était près d'elle, lui faisait des injections de morphine. La malade se piqua une ou deux fois. Trouvant le bien-être considérable, elle continua à se piquer, élevant progressivement les doses. Elle absorba bientôt 1 gr. 50 de morphine par jour, elle y adjoignit de la cocaïne à dose de 80 centigrammes par jour. Ce sont les doses que la malade emploie journellement depuis trois ans.

Par deux fois elle essaya d'enrayer sa morphinomanie, la première fois il y a dix mois, la deuxième fois il y a deux mois. L'arrêt brusque détermine chez elle des éblouissements, des sensations d'étouffement, des palpitations de cœur, des vomissements. Ordinairement elle faisait ses piqûres dans l'ordre suivant : une le matin, une à midi, une après-midi, plusieurs le soir.

A l'entrée, on est en présence d'une femme toute jeune avec des yeux à demi-fermés, un air de langueur tout particulier, des pupilles très dilatées, elle est dans un état de moiteur presque continu.

Elle répond bien aux questions posées, tantôt avec lenteur, tantôt avec une grande abondance de mots et un luxe de détails exagéré. Elle a la manie du mensonge. Son caractère est bizarre, elle prétend vouloir guérir de sa morphinomanie, mais elle cherche continuellement à s'échapper de l'hôpital; on verra par la suite qu'une fois chez M. Poncet, une autre à la Croix-Rousse, une troisième enfin à l'Hôtel-Dieu, il est impossible de la conserver dans les salles.

A l'inspection. — La malade est amaigrie, les traits fatigués, un air de lassitude. Si on examine les téguments, les cuisses, les jambes et les bras dans leur région externe sont constellés de petits points bleus, traces de piqûres multiples.

Quelques-unes de ces taches arrivent à avoir des dimensions atteignant 5 à 6 millimètres, leur couleur est bleu d'acier ou même bleu ardoisé. Quelques-unes sont très claires de teinte, d'autres, au contraire, presque noires.

Si on interroge la malade au sujet de ces taches, elle dit qu'elles viennent consécutivement aux injections faites seulement en enfonçant très peu l'aiguille. Elle signale que jamais une piqûre faite dans un service d'hôpital n'a produit un pareil accident.

La description du manuel opératoire qu'elle utilisait pour se piquer sera décrit plus loin.

A côté de ces taches bleues, on constate des cicatrices d'abcès. Au niveau de la plante du pied droit, deux pertes de substance attribuées par la malade à des clous ayant traversé la chaussure.

A L'EXAMEN. — *Système nerveux.* — La malade est très nerveuse ; elle a pris une crise de nerfs il y a deux mois, au moment où elle essayait de supprimer la morphine. Elle pleure facilement. La morphine semble lui avoir donné une grande résistance, car elle peut travailler depuis qu'elle se pique beaucoup mieux et plus longtemps qu'auparavant.

La sensibilité est conservée sur tout le corps aussi bien d'un côté que de l'autre. Force bien conservée. Réflexes rotuliens persistent, semblant affaiblis du côté droit ou exagérés du côté gauche.

Anesthésie pharyngée et conjonctivale, le réflexe cornéen persiste.

Pupilles largement dilatées, plus larges, semble-t-il, à droite qu'à gauche ; elles sont très paresseuses à l'accommodation, ne réagissent presque pas à la lumière. La malade est myope, la vue ne semble pas avoir baissé depuis qu'elle est malade.

Au point de vue de la marche, la malade marche bien, mais a quelquefois une démarche sautillante et rapide.

Au point de vue des facultés intellectuelles, la malade est

intelligente, elle est extrêmement menteuse, on la prend en flagrant délit de mensonge à tout instant.

Pas d'amnésie nette, elle dit en avoir présenté à certains moments.

On lui a confisqué de la morphine et une seringue qu'elle disait ne pas avoir.

Appareil respiratoire. — La malade ne tousse ni ne crache; cependant, quelques râles aux deux bases. Rien aux sommets.

Appareil circulatoire. - Pointe dans le sixième espace sous le mamelon, rien d'anormal à la palpation.

A l'auscultation, premier bruit prolongé. La malade dit que lorsque arrivent ses accès elle a des palpitations très fortes.

Tube digestif. — La langue est sèche, très blanche; la malade a une soif terrible, qui ne s'apaise que difficilement; elle nie, cependant, l'éthylisme. Elle s'est toujours bien alimentée; elle a même des accès de boulimie, mais des vomissements apparaissent quand revient l'heure de ses piqûres. La malade a souvent de la diarrhée, fait fréquemment observé chez les morphinomanes.

T. = 38°4 à l'entrée.

Urines claires, sans sucre, léger disque d'albumine.

5 septembre 1906. — On a diminué de 10 centigrammes par jour la dose de morphine, qui était, primitivement, de 1 gr. 50 avec 80 centigrammes de cocaïne. Les premiers jours, elle a été très agitée, avec excitation génitale d'autant plus ressentie par la malade qu'auparavant elle était dans un état de frigidité complète.

De plus, la malade, qui n'avait pas vu ses règles depuis trois ans, a eu un écoulement sanguin le 2 septembre, cet écoulement a duré quarante-huit heures.

Il est probable que la dose de 1 gr. 50 indiquée par le pharmacien n'était que fictive, au-dessus de la réalité, car elle a ressenti une influence beaucoup plus forte à la dose injectée ici. Elle ajoute même que cette quantité l'énervait plutôt qu'elle ne la calmait.

Aujourd'hui, elle se plaint depuis deux ou trois jours de ressentir de la suffocation, des battements de cœur, des sueurs profuses lorsqu'elle attend la piqûre.

Elle est actuellement à la dose de 70 centigrammes de morphine et 20 centigrammes de cocaïne.

Les piqûres sont faites actuellement à 9 heures du matin, à midi, à 5 heures et à 8 heures du soir, on lui a donné en même temps des douches tièdes et 20 grammes de sirop de codéine. L'état général est bon, le pouls très régulier à 68, il n'y a jamais eu d'arythmie, pas de modification respiratoire, langue humide un peu saburrale. Appétit bon, parfois de la boulimie.

Température irrégulière au-dessous de la normale, au début elle avait été presque fébrile, la malade ayant plusieurs abcès à la cuisse gauche.

14 septembre. — La malade a quitté l'hôpital en bon état à 1 heure de l'après-midi, brusquement agitée et malgré tous les conseils. Le sevrage de la morphine datait de la veille, on lui avait fait le matin une injection d'eau distillée.

20 octobre. — La malade rentre dans le service de M. Poncet, elle a repris ses anciennes habitudes et vient pour se faire retirer un fragment d'aiguille qui s'est brisé sous la peau. L'opération terminée elle s'échappe, tout d'un coup et rentre chez elle.

Nous avons son adresse, nous la retrouvons et elle se fait devant nous une piqûre de morphine, nous rapportons plus loin le résultat des observations que nous avons pu faire.

5 novembre. — Nous arrivons à faire monter cette malade à l'hôpital de la Croix-Rousse (service de M. Devic). Elle ne se fait plus que des injections faisant au total 30 centigrammes de morphine, elle a beaucoup engraisié, le chef de service ne la reconnaît plus tant elle a changé (M. Devic avait vu cette malade dans le service de M. Péhu). Elle prétend avoir seulement augmenté de

2 kg. 500, mais ce chiffre paraît très inférieur à celui que fait supposer le changement survenu chez elle.

Il est impossible de retenir cette malade dans la salle Sainte-Clotilde.

5 décembre. — La malade revient chez M. Devic dans son service de l'Hôtel-Dieu pour se faire guérir de sa morphomanie. Elle prend actuellement 2 grammes de morphine. A peine reçue et couchée, elle s'échappe pour un motif futile.

*De la façon dont procédait la malade
de l'observation VII pour se faire des injections
de morphine et de cocaïne.*

La malade que nous avons à examiner exerçait la profession de femme de chambre. Nous allâmes à sa recherche au domicile qu'elle nous avait indiqué afin de nous livrer sur elle aux investigations nécessaires.

Les cheveux décolorés à l'eau oxygénée, son regard noyé semblant implorer sans cesse, ses traits tirés témoignant d'une grande lassitude, son métier et la demeure qu'elle habitait, tout cela contribuait à donner à la malade un aspect pitoyable.

Son tablier était maculé de taches sans nombre aux couleurs variées, ses vêtements usés, malpropres, présentaient un aspect presque sordide.

Lorsque nous eûmes exprimé le désir de savoir comment elle procédait à ses piqûres, la malade retira d'un petit sac en cuir les différents objets qui lui servaient à accomplir cette opération.

La malade utilisait une seringue de Pravaz ordinaire, celle-ci était contenue dans une petite boîte dont l'intérieur était rempli de poussières et de résidus blanchâtres dus à des dépôts de morphine, tout l'appareil était entretenu avec une négligence sans égale.

Dans la solution, on remarquait des débris noirâtres qui se confondaient avec un dépôt pulvérulent provenant, sans doute, de l'alcaloïde. Un morceau de papier, venu on ne sait d'où, nageait dans le liquide.

Ayant enlevé un de ses bas, la malade choisit comme lieu d'élection la face externe de la jambe, à 6 ou 8 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire du genou et à 4 centimètres environ en dehors de la crête tibiale. Elle ne prit aucune précaution antiseptique, ne flamba pas l'aiguille et négligea de faire un repli à la peau.

Pour se piquer, elle saisit la seringue par l'extrémité libre du piston, s'en servit comme d'un agitateur pour remuer le liquide, puis, ayant rempli l'instrument, elle ajusta l'aiguille sur l'embout ; par une pression sur le piston, elle fit jaillir quelques gouttes de l'extrémité de l'instrument ; saisissant le corps de pompe à pleine main, elle appliqua l'aiguille tangentiellement et non normalement à la surface cutanée, craignant, comme elle en avait fait la remarque, que l'aiguille ne cassât, si elle n'était étayée par le tégument. Elle enfonça de quelques millimètres, 2 ou 3 tout au plus, la pointe de l'appareil dans le derme et pressa la tige du piston, mais la plus grande partie du liquide fut rejetée au dehors. L'instrument étant retiré, on eut un léger écoulement sanguin de la plaie ; sous l'influence de la cocaïne, la peau blanchit rapidement et la malade attendit une ou deux minutes que l'action anesthésiante de la solution fût complète. Elle recommença alors les opérations précédentes, en ayant soin de placer la pointe de l'aiguille toujours au même endroit, mais en lui faisant suivre des trajets un peu différents. La malade fit ainsi un nombre considérable de piqûres ; 30 grammes de la solution, ce qui correspondrait, d'après elle, à 15 centigrammes de morphine, furent injectés sous la peau ; cependant, nous devons ajouter que si, pour le plus grand nombre, les injections furent intradermiques et, par suite, rejetées au dehors, en majeure partie, les dernières piqûres eurent un

bon résultat et le liquide fut envoyé dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Voyant que nous étions surpris de la méthode employée, la malade nous expliqua qu'elle ne savait point faire les injections comme on les faisait dans les hôpitaux ; elle avoua également avoir une grande peur de la douleur produite par la pénétration de l'aiguille ; elle n'aurait pas eu le courage d'enfoncer elle-même l'aiguille sous la peau. « Quand je n'ai point de morphine, dit-elle, je cours en chercher, et lorsque je la possède, je n'ose plus m'en servir. » Elle nous assura ensuite qu'une tache bleue allait succéder au point où elle s'était piquée.

Nous étudiâmes alors la région et nous ne pûmes rien constater de précis ; le trou de l'aiguille était agrandi, la région saignotait un peu ; elle était boursouflée par la solution, qui avait fini par pénétrer dans le tissu cellulaire.

Le point piqué ayant été exactement repéré, nous pûmes constater, quatre jours après, les résultats suivants : à l'endroit de la piqûre, la peau était comme boursouflée, il y avait une élévation que nous ne saurions mieux comparer qu'à une piqûre de moustique ; le point central, endroit de pénétration de l'aiguille, était recouvert d'une croûte brunâtre. Toute la région était chaude et rouge ; cela tenait, sans doute, à l'injection, la piqûre ayant été faite dans les conditions que l'on sait. A la périphérie, une teinte bleuâtre s'accusait déjà. Huit jours après, la tache bleue apparaissait, conforme à ses voisines.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les malades chez lesquels on a constaté des taches bleues sont pour la plupart syphilitiques, quelques-uns cocaïnomanes, mais tous adonnés à la morphine.

On ne les a jamais rencontrées à la suite d'injections faites, soit par une main expérimentée, soit dans les services hospitaliers. Elles n'ont apparu que chez des malades se piquant eux-mêmes et faisant un usage immodéré de l'alcaloïde. Elles sont caractérisées par les signes suivants :

Symptomatologie. — *Couleur* : Tous ceux qui se sont occupés de ce sujet représentent le bleu de la tache comme rappelant à s'y méprendre celui des tatouages faits avec de la poudre ou de l'encre de Chine. On l'a comparé aussi à celui de l'acier bleui.

Toutes ces taches ne sont pas de teinte égale, certaines sont claires, d'autres plus foncées, le centre est en général constitué par un point blanc, répondant à la cicatrice autour duquel, le bleu est disposé en auréole. Le plus souvent la teinte diminue du centre de la tache à la périphérie ; quelquefois, au milieu de la zone colorée, on aperçoit un point bleu beaucoup

plus foncé que le reste et d'où la coloration va ensuite en s'estompant. M. Devic, dans l'observation IV, signale ces taches comme ayant quelquefois un aspect verdâtre, cependant il ajoute que lorsque la peau est nettoyée le bleu réapparaît; cette couleur verte n'est donc due qu'à la malpropreté du tégument.

Nous pouvons affirmer que cette pigmentation n'est soumise à des variations d'aucune sorte et que si elle n'est indélébile elle semble du moins devoir durer fort longtemps. La pression du doigt appliqué sur la peau n'en fait pas varier la coloration.

Forme et dimensions. — Les taches bleues sont le plus souvent ovalaires ou arrondies. Dans la région abdominale elles affectent quelquefois l'aspect d'une traînée colorée indiquant la direction dans laquelle a été placé l'instrument servant à injecter le liquide.

Dans les endroits pigmentés on trouve presque toujours une cicatrice, la peau y est déprimée et présente un aspect semblable à celui de vergetures.

Les dimensions des taches sont variables, certaines sont à peine visibles, d'autres au contraire mesurent 2 à 3 millimètres de diamètre et même plus. M. Devic en a constaté qui avaient près de 6 millimètres.

Siège. — Les malades de MM. Thibierge et Moutard-Martin localisent leur pigmentation aux membres inférieurs (face antérieure et face externe); ceux de M. Devic sont atteints à l'avant-bras, au bras, à l'épaule, au thorax, à la cuisse, toujours à la face antérieure ou à la face externe de ces différentes régions. On n'en a jamais vu au cou, à la face, dans la région du dos ou des fesses. Elles siègent dans les

points qui seuls sont accessibles à la main armée d'une seringue, c'est un point sur lequel nous tenons à attirer particulièrement l'attention.

Diagnostic. — Chez un morphinomane en pleine période d'intoxication le diagnostic peut être vite posé. D'ailleurs les piqûres fraîches, les abcès concomitants, les aveux du malade, tout oriente de ce côté. Mais, il y a des morphinomanes guéris. Ici plus d'abcès, plus de traces de piqûres, seules les taches bleues apparaissent ressortant d'autant plus qu'elles ne sont accompagnées d'aucune autre lésion. Si le malade n'a pas avoué ses fâcheuses habitudes d'antan on peut être vite arrêté par cette pigmentation sans pouvoir en établir l'origine. Certains troubles de la peau rappellent par leur couleur ou par leur forme les taches bleues dues à la morphinomanie.

La lentiginose profuse s'en différencie par ce fait que la pigmentation apparaît de couleur brune ou noire, que les éléments sont papuleux et ne présentent pas l'aspect de macules. Le choasma généralisé est une affection rare, les taches siègent à la face pour la plus grande partie, d'ailleurs la pigmentation est brune, noire, ou verdâtre, jamais bleue. Les syphilitides pigmentaires ne présentent jamais la coloration que nous avons constatée dans les cas qui nous occupent.

L'antipyrine peut produire sur les différentes parties du corps des taches rondes ovalaires de couleur rouge, rouge brun et même noire, elles disparaissent en quelques semaines et leur apparition est liée à l'absorp-

tion du médicament. L'argyrie ne produit pas de taches, mais une coloration bleue des téguments.

Dans son ouvrage intitulé « de la Lèpre », Henri Leloir signale dans la période d'éruption de cette maladie quand elle est d'origine tuberculeuse des troubles trophiques de la peau qui présentent les aspects suivants : « La couleur des taches est très variable, ce sont surtout au début des taches rouge pâle, rouge sale ou d'un rouge vineux...

... Si l'on presse, si l'on malaxe ces taches, leur couleur disparaît... Plus rarement, le centre pâlit, s'affaisse pour former une tache centrale plus pâle et même parfois très blanche, achromique, entourée par un anneau hyperémique ou pigmentaire gris brun, fauve et souvent *bleu ardoisé*. »

Quand le malade est porteur de lésions syphilitiques concomitantes, lorsqu'il est atteint d'abcès dus à des injections septiques, on peut avoir de loin un tableau clinique rappelant celui que nous venons d'exposer. Les éruptions lépreuses de couleur bleu ardoisé se différencient cependant de l'affection que nous étudions par les signes suivants :

La tache bleue du morphinomane d'abord rouge atteint en huit jours sa coloration qui devient dès lors invariable. On n'a pas toutes ces variations rouge, cramoisi, rouge vineux que l'on observe dans la lèpre. Elle ne disparaît pas à la pression, elle n'a pas de tendance à s'étendre, elle sera déprimée et non papuleuse; au centre, on retrouve presque toujours la cicatrice.

Enfin, les éruptions lépreuses occupent des surfaces

assez grandes, bien supérieures à celles que nécessite l'apparition du stigmate qui nous occupe.

Les vergetures récentes de la grossesse, rappellent beaucoup les taches bleues; l'état de puerpéralité, la localisation à l'abdomen permettent de faire le diagnostic.

Les taches scorbutiques ne sont autre chose que des ecchymoses, elles apparaissent tout d'abord d'un bleu presque noirâtre et affectent souvent des dimensions assez petites pour qu'on puisse les confondre avec le trouble cutané de la morphinomanie, mais elles peuvent apparaître dans tous les endroits du corps, particulièrement dans ceux exposés aux traumatismes; elles perdent rapidement leur couleur bleue pour passer par tout le cycle de colorations habituelles à ce genre d'accident; au centre, on n'a pas de cicatrice, il est rare que les dimensions soient suffisamment petites pour égarer le diagnostic.

Les taches ombrées dues au phtirius pubis constituent une affection qui rappelle la pigmentation des morphinomanes. Coloration analogue, dimensions semblables, invariabilité à la pression, tout rappelle ce que nous avons constaté dans nos observations, mais la présence du phtirius, l'absence de cicatrice centrale, la rapidité avec laquelle elles disparaissent, leur tendance à s'étendre en tache d'huile lorsqu'elles touchent à leur déclin, voilà des signes multiples qui nous permettent d'établir la différence.

Le tatouage se rapproche beaucoup de la tache bleue du morphinomane, coloration semblable, invariabilité dans la teinte, persistance indéfinie; il nous suffira

seulement de faire remarquer que la plupart des tatouages ont une forme déterminée représentant une figure, un symbole quelconque. La régularité et la forme du dessin sont les seuls signes, d'après nous, qui différencient le tatouage bleu de la pigmentation des morphinomanes.

Cependant, les tatouages inachevés, représentant à peine quelques points, sont impossibles à différencier de la tache bleue des malades qui nous occupent.

La pigmentation bleue des morphinomanes constitue donc un symptôme clinique bien différencié permettant de retrouver chez un malade, malgré ses dénégations et même quand il est guéri depuis longtemps, les signes de l'intoxication à laquelle il a pu se soumettre par la méthode des injections sous-cutanées.

DE L'ÉTIOLOGIE DES TACHES BLEUES

Les malades porteurs de la pigmentation observée sont tous morphinomanes, beaucoup sont cocaïnomanes et la plupart syphilitiques.

1° Peut-on incriminer directement la syphilis? Sans doute cette affection présente une tendance à produire des éruptions colorées, cependant nous ferons remarquer que le malade de l'observation III contracte la syphilis, alors qu'il était porteur de la pigmentation étudiée.

2° La cocaïne semble également jouer un rôle dans la production des taches, cependant sa présence dans la solution n'est pas nécessaire, car certaines personnes faisant usage de la morphine exclusivement possèdent la coloration tégumentaire qui nous occupe. Le chlorhydrate de morphine se rencontre invariablement dans les solutions des individus porteurs de taches bleu ardoisé.

3° Toutes les solutions servant à faire les injections sous-cutanées de nos malades sont tenues avec un manque de soins extraordinaire. La malade citée dans l'observation II raconte qu'un jour, pressée par le besoin de morphine et n'ayant pas d'eau à sa disposi-

tion, elle se baissa vers un ruisseau, prit dans sa bouche de l'eau qui allait à l'égout, y fit dissoudre quelques pincées de chlorhydrate et versa ce mélange dans sa seringue pour se piquer avec.

Une autre fois cette même personne prit, pour constituer sa solution, de l'eau qui avait séjourné dans un pot à fleurs.

La malade de l'observation VII avait à sa disposition un liquide contenant des particules noirâtres et au milieu duquel nageait un morceau de papier venu là on ne sait comment.

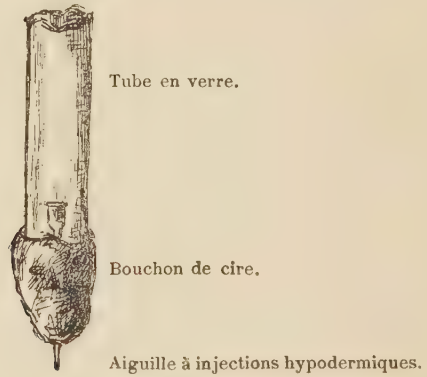
Un morphinomane, ayant peu d'alcaloïde à sa disposition et n'ayant que des ressources minimales, va faire tout ce qu'il pourra pour conserver le plus longtemps possible ce bien pour lui inestimable, il l'épuisera jusqu'à la dernière goutte sans s'occuper des dépôts qui peuvent se former. De plus, pour peu que le malade manque de soins, seringue et solution vont être souillées par des poussières, celles-ci vont devenir les hôtes du liquide à injecter qui contiendra alors des déchets variés, en particulier du charbon et des fragments impalpables de silice. A plus forte raison, le fait se produira-t-il si le malade conserve son chlorhydrate sous forme de poudre; tout le monde sait à combien de minutieuses précautions il faut s'astreindre pour qu'une poudre ne soit pas souillée par des impuretés, surtout lorsqu'elle est fréquemment exposée à l'air libre.

4° Les taches bleues sont intimement liées au fait de la piqûre; les endroits tels que la face, le dos, les fesses, la partie postérieure des cuisses, régions inac-

cessibles à la main armée d'une seringue n'en présentent pas.

5° La pigmentation se produit si l'aiguille n'est enfoncée que superficiellement dans la peau ; tous les malades sont unanimes à avancer ce fait.

Le malade de l'observation III raconte que les taches apparaissent seulement dans les endroits tels que l'avant-bras ou l'épaule, lieux où il ne se piquait qu'en enfonçant au hasard son aiguille sans faire de repli à la peau et sans s'occuper s'il pénétrait plus ou



moins profondément. Cela est très explicable, puisque la main appartenant à l'épaule ou au bras, siège de la piqure, ne pouvait lui être d'aucune utilité.

Nous croyons utile de faire la description d'un instrument dont se servait la malade de l'observation IV ; il semble créé pour éviter de pénétrer dans le tissu cellulaire et pour pousser l'injection exclusivement dans le derme. C'est une seringue de forme particulière qui paraît mériter l'attention.

Le corps de pompe est constitué par un de ces tubes

de verre servant à relier les flacons dans lesquels on prépare les produits chimiques et que l'on peut trouver traînant dans tous les laboratoires.

L'extrémité du corps de pompe est obturé par un bouchon de cire à cacheter ordinaire déposée là en amas informe et faisant une grosse saillie à l'extrémité de cette seringue improvisée.

A l'intérieur, et fixée par la cire, existe une aiguille à injection hypodermique, laquelle dépasse à peine de quelques millimètres l'extrémité inférieure de l'instrument. Une tige de bois, dont le bout est entouré de fil, joue le rôle de piston.

L'aiguille fixée à la seringue dépasse de si peu le bouchon de cire qu'il est évident qu'à chaque injection la malade envoyait le toxique dans le derme et rarement dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'il ne pouvait atteindre qu'avec beaucoup de difficulté.

6° Certains malades font plusieurs injections dans une même piqûre. Le malade de l'observation III se piquait, le soir, toutes les cinquante minutes et, dans une même piqûre, faisait plusieurs injections.

De l'examen rigoureux des faits étiologiques, on peut tirer les conclusions suivantes: La syphilis et la cocaïne ne peuvent être considérées comme causes principales de la pigmentation. Les solutions contiennent toujours de la morphine et sont tenues sans aucun soin.

Le fait de la piqûre est intimement lié à l'apparition de la tache bleue. Par pusillanimité, maladresse ou défaut d'instrument approprié, les malades poussent leur injection dans le derme exclusivement. Certains malades font plusieurs piqûres au même endroit.

DONNÉES HISTOLOGIQUES

Avant d'exposer le résultat de nos recherches sur la constitution histologique des taches bleues, nous donnerons le résumé des travaux publiés à ce sujet :

Premier examen microscopique des taches bleues fait en 1897 par M. Durand (Laboratoire de M. Por-rack). Gazette médicale des Hôpitaux de Paris.

A l'examen le tissu conjonctif sous-cutané a presque complètement perdu ses éléments élastiques. Vaisseaux peu nombreux à tunique épaissie. Nulle part trace d'infection. Dans la tunique externe des vaisseaux de gros et moyen calibre on trouve des grains noirs siégeant non pas dans, mais entre les cellules. Ces grains parfois isolés sont généralement disposés en amas ou traînées. Cette substance ne présente pas les réactions des pigments sanguins, elle est insoluble dans la potasse, l'alcool, l'éther, l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, l'acide azotique, ce qui élimine l'hypothèse de débris métalliques. Il semble que l'on soit en présence de grains de charbon. Ce pigment est trop inégalement disposé et en trop petite quantité pour expliquer la coloration de la peau.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, la graisse fait complètement défaut. Annexes de la peau atteints : pas de

glandes sudoripares, les poils n'apparaissent qu'à la périphérie de la tache.

Revêtement épithélial atrophié, papilles plus basses que normalement. Couche de Malpighi normale mais par places dégénérescence vacuolaire des noyaux. Couche cornée régulièrement disposée, quelquefois elle fait défaut surtout dans les points où la couche de Malpighi est la plus mince.

En résumé : Atrophie considérable avec dégénérescence vacuolaire du revêtement cutané, atrophie et desquamation des glandes et poils, raréfaction des vaisseaux, condensation du tissu conjonctif sous-cutané.

Deuxième examen fait par M. Pâques, interne de M. Thibierge, 1899. Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Structure de la peau peu modifiée. Epiderme légèrement diminué de hauteur, cellules de la couche génératrice normales, cellules polygonales sur quatre ou six rangs, couche cornée pas épaissie.

Dans le derme, pas de traînées d'infection. Eléments élastiques conservés. Vaisseaux normaux. Glandes sudoripares et poils non modifiés.

Au faible grossissement, dans le derme au niveau des couches profondes, amas de grains noirs qui semblent en rapport avec les vaisseaux. Ces grains sont situés dans la couche extrême des vaisseaux ou simplement juxtaposés à ceux-ci. Ils ne sont pas intracellulaires. On trouve des grains jusque dans les espaces interracineux des glandes sudoripares au pourtour des capillaires. Ces amas occupent exclusivement les couches profondes du derme. Les grains isolés dans le derme sont rares, ils disparaissent au voisinage de l'épiderme. A côté des grains noirs on distingue des particules transparentes à arêtes vives qui semblent être des particules de silice. Ces deux variétés de corps résis-

tent à tous les réactifs. Insolubles dans l'alcool, la potasse, le chloroforme, l'acide sulfurique, l'acide azotique, l'acide chlorhydrique dilués et concentrés ; pas de réactions du fer, ils résistent à l'ammoniaque.

Pour notre part, nous avons constaté les résultats suivants : les morceaux de peaux examinés ont été prélevés sur le vivant (observation III), on les a enlevés dans la région deltoïdienne. Les colorants employés sont l'hématéine et l'éosine, le picro-carmin.

Au faible grossissement, les coupes au niveau du point correspondant aux taches bleues montrent, au-dessous de la ligne épithéliale qui paraît normale, un derme épaissi à trousseaux denses et sur lequel se détachent des traînées ou des étoiles cellulaires correspondant aux capillaires entourés de cellules jeunes.

En outre, apparaissent à cet endroit des amas noirs qui sont les grains de pigment particuliers à la tache bleue. La topographie de ces amas noirs est assez exactement superposée à celle des vaisseaux, on observe à peu près dans chaque groupe cellulaire qui avoisine les capillaires des petits blocs noirs qui ne s'étendent pas sur toute la surface occupée par les cellules et qui sont disposés en espaces irréguliers. En général, ces éléments pigmentés sont plus abondants dans les parties moyennes et profondes du derme, il en existe cependant de plus rares dans les couches épithéliales.

Au fort grossissement, ces amas noirâtres apparaissent comme formés par des corps de dimensions très différentes, les uns formant de petites granulations ou même une poudre très fine, d'autres formant des mas-

ses à arêtes vives quelquefois très volumineuses, à bords réfringents et donnant l'impression de particules de silice. Lorsque ces groupes pigmentaires sont confluents, il est difficile de décider s'il s'agit de corps intra-cellulaires, ou si, au contraire, ils sont situés entre les fibres conjonctives. En tout cas, il est manifeste d'une part qu'il y a de gros blocs extra-cellulaires et d'autre part des fragments ténus plus ou moins poussiéreux contenus dans les cellules.

Outre ces amas pigmentaires qui se superposent aux groupes de cellules jeunes, au niveau des vaisseaux de moyen calibre, on observe encore çà et là quelques grains plus fins, isolés et comme perdus au milieu du derme. Dans d'autres endroits on voit des éléments noirs qui paraissent inclus dans une lumière de capillaire et semblent injecter celui-ci,

La paroi de ces capillaires renferme des cellules contenant des grains noirs, de telle sorte que ces foyers sont tout à fait comparables à des lymphatiques gorgés de pigment.

En dehors de ces éléments noirs les lésions histologiques sont peu importantes. L'épithélium malpighien est normal, on doit noter cependant l'état vacuolaire des noyaux et ce fait très particulier qu'en deux ou trois points les couches profondes de la zone des cellules génératrices sont remplies d'une poussière noire. Ce fait ne s'observe qu'en des points très localisés, mais il est manifeste, en raison de cette localisation très circonscrite, que l'on peut interpréter cette pigmentation non pas comme normale, mais comme liée à l'existence du pigment dermique.

On peut surprendre en certains endroits, au-dessous de ces points épithéliaux pigmentés, quelques granulations noires dans le tissu sous-jacent, particulièrement quand il existe un capillaire à ce niveau.

Le derme ne présente aucune altération, outre son épaissement, les cellules jeunes au niveau des vaisseaux et le peu d'abondance des fibres élastiques.

Les formations annexes, poils, glandes sudoripares et sébacées sont normales. Cependant on voit quelquefois du pigment au niveau des glandes sudoripares et on peut se rendre compte qu'il est situé autour des capillaires.

En résumé : la peau se présente au niveau de la tache bleue avec épaissement du derme, des signes d'inflammation légère et la présence d'amas noirâtres, particulièrement au niveau des vaisseaux. Ces amas ont l'aspect de pigment dermique, normaux ou pathologiquement augmentés avec, en certains endroits, des traces d'éléments qui paraissent siliceux.

Nous avons soumis le pigment constaté à l'influence de certains corps chimiques, aucun n'a été capable de produire soit une réaction colorée, soit une dissolution. Les coupes ont été traitées par les acides chlorhydrique, sulfurique, azotique et l'eau régale. Comme bases, nous avons utilisé la potasse et l'ammoniaque.

Les données histologiques que l'on peut trouver dans les affections cutanées rappelant par leurs signes cliniques la pigmentation des morphinomanes sont les suivantes : les taches bleues de la phthiriasis furent étudiées microscopiquement en 1866, par Mouneret, qui ne signale aucune lésion. Mourou, en 1877, arrive au

même résultat sur des morceaux de peau prélevés au bistouri. Enfin Duguët, qui fut le premier à trouver l'étiologie de cette pigmentation, assure qu'il n'a pu observer aucun trouble dans les éléments histologiques et considère la coloration de la peau comme liée à des troubles circulatoires localisés.

Il n'en est pas de même pour les pigments normaux ou pathologiques qui peuvent colorer le tégument. Ceux-ci, habituellement inclus dans les cellules, occupent celles de la couche génératrice. On en retrouve également dans le derme, le pigment se groupe autour des vaisseaux sous forme de blocs qui se placent entre les faisceaux à l'état libre ou bien encore dans les éléments cellulaires.

Variot et Moreau, dans leur étude des tatouages européens, signalent les lésions suivantes : « Sur des coupes de peau colorées au picro-carmin et très minces, on voit des séries de particules colorées, groupées autour des vaisseaux reconnaissables à leurs caractères ordinaires. Cependant il y a aussi quelques fragments noirs ténus, beaucoup moins nombreux que ceux qui sont en contact avec les vaisseaux et qui sont placés entre les faisceaux du derme ; il semble que les particules colorantes soient fixées assez intimement aux parois externes des vaisseaux sanguins, car lors même que ces vaisseaux sont isolés dans les coupes par écrasement, les parcelles ne s'en séparent pas. Nos préparations ne nous ont fourni aucun renseignement sur les rapports de ces particules avec les réseaux ou espaces lymphatiques du germe, mais les travaux de Follin et Virchow ont amplement démontré qu'un certain nom-

bre de fragments colorés étaient chassés par les vaisseaux lymphatiques jusqu'aux ganglions, les particules sont diffuses dans les tatouages récents tandis qu'elles ont une tendance à se grouper autour des vaisseaux dans les tatouages anciens. »

De ces données résultent les faits suivants : la tache bleue du morphinomane n'a rien de commun avec celle de la phthiriasis, elle se rapproche beaucoup de la lésion observée dans la pigmentation et les tatouages, c'est-à-dire inclusion d'une matière colorante dans les éléments histologiques superficiels de la peau.

Cette matière colorante est-elle produite par l'organisme lui-même ? Nous avons affaire à une pigmentation. Vient-elle au contraire du dehors et est-elle introduite par le mécanisme de l'injection ? Nous sommes en présence d'un tatouage. On voit dès lors l'importance que l'on doit attacher à déterminer la nature de la matière colorante.

NATURE ET ORIGINE DE LA MATIÈRE COLORANTE

Nature du pigment

Sous l'influence de la piqure faite dans le derme, les vaisseaux de cette région lésés par l'instrument laissent écouler les éléments sanguins qui s'épanchent au dehors.

On sait l'analogie avec une petite ecchymose que présente la tache bleue. La matière colorante du sang extravasé dans le derme pourrait subir les transformations habituelles à l'hémoglobine passant de l'hémosidérine à la mélanine qui colorerait ainsi le tégument. Dans ce cas, nous aurions la même apparence histologique que nous avons pu constater dans les coupes de la tache bleue, mais la mélanine elle-même n'aurait pu résister à l'action de l'acide azotique fumant qui la dissout extrêmement vite et qui est resté sans action sur le pigment qui nous occupe. Enfin, nous n'aurions pas cette persistance presque indéfinie qui caractérise la tache bleue, la rendant invariable au moins pendant un espace de temps considérable. Le malade de l'observation III assure qu'il n'y a eu aucun changement dans la coloration des taches depuis sept ans, époque à laquelle il constata leur présence.

Aurions-nous affaire à un pigment normal ou pathologique ? On sait que dans quelques lésions cutanées, telles que le vitiligo, le pigment normal de la peau peut subir des déplacements, s'accumuler en certains endroits qui semblent hyperchlorés, la région avoisinante étant au contraire achromique.

Certains états pathologiques peuvent entraîner la production de pigment (masque de la grossesse, tuberculose, maladie d'Addison, etc.).

Nous avons fait remarquer que certains endroits de la tache bleue, tels que la cicatrice, pouvaient paraître plus pâles que les régions voisines et ressortaient par leur blancheur sur le fond bleu de la zone colorée.

La syphilis fréquente, l'intoxication habituelle constituent chez les adonnés à la morphine un état général défectueux qui favoriserait des accumulations pigmentaires, signes de réaction de l'organisme ; l'examen histologique nous a montré une matière colorante comparable en bien des points avec celles que nous constatons dans les études microscopiques des pigmentations normales ou pathologiques ; le traumatisme local subi par le tégument par le fait de la piquûre serait encore un argument de valeur, mais la tache bleue du morphinomane a une localisation très précise, la coloration du tégument est extrêmement énergique, enfin cette couleur bleuâtre ne se rencontre jamais dans les pigmentations normales ou pathologiques que nous avons pu connaître. Disons encore qu'un pigment, si énergique soit-il, n'aurait pu résister à l'action de l'eau régale et de la potasse que nous avons fait agir sur les coupes de peau de morphinomanes que nous avions à notre disposition.

Nous n'avons pas affaire à un pigment organique, mais à une matière colorante d'origine externe.

Les solutions de nos malades contiennent toujours de la morphine, comme nous l'avons établi dans notre exposé étiologique; la morphine peut-elle produire les taches bleues par une réaction colorée se produisant dans le derme? Nous ne le pensons pas. Sans doute la morphine mise en présence de fer provenant de la seringue, de l'aiguille ou du sang, peut produire une réaction bleuâtre, mais un précipité métallique obtenu de cette façon n'aurait pu résister à l'action des acides forts que nous avons fait agir sur les grains pigmentaires constatés dans le derme des coupes de peau que nous avons pu examiner.

Résister aux alcalis et aux acides forts, tel est le caractère chimique spécial de la matière colorante des taches bleues. Le charbon et la silice sont les seules substances qui soient susceptibles de présenter une pareille inertie; or, la localisation de particules charbonneuses dans le derme est le signe caractéristique du tatouage. Comme le tatouage, la tache bleue est invariable dans sa teinte, elle nécessite pour se produire une piqûre intra-dermique seulement, ce sont des grains de charbon qui, vus par transparence, comme le sang veineux au travers des vaisseaux qui le contiennent, apparaissent avec la coloration bleuâtre qui ne pourrait nous être expliquée par des pigments organiques d'aucune sorte.

Origine de la matière colorante

Quelle est l'origine de ces grains de charbon? A ce sujet différentes hypothèses peuvent être envisagées.

Une aiguille contenant des dépôts de morphine est passée au feu, l'alcaloïde, réduit par l'action de la chaleur, se transforme en charbon; le même instrument passé sur la flamme d'une bougie se recouvre d'un enduit de particules charbonneuses.

Ces grains de carbone peuvent pénétrer dans le derme grâce au mécanisme de l'injection, mais nous ferons remarquer que beaucoup de nos malades pigmentés ne flambent pas leur aiguille et nous n'avons pu reproduire la tache bleue en opérant de cette façon.

On peut trouver là une origine aux dépôts charbonneux du derme, mais on ne peut s'en servir pour établir une théorie qui convienne à tous les faits.

Comme nous l'avons avancé dans les données étiologiques que nous connaissons sur le sujet, nous rappellerons que toutes les solutions de nos malades pigmentés contiennent un grand nombre de malpropretés; ce sont ces dépôts poussiéreux riches en charbon, qui sont d'après nous l'origine de ces blocs noirs insensibles à toutes les réactions chimiques, que nous avons trouvé dans le derme. La présence de grains siliceux que l'on a constatée à côté des particules charbonneuses est encore un argument de plus pour montrer que ces malades peu soigneux injectent des matières diverses

dans leur derme. Etant donné les souillures de la solution, ce fait que les malades se font souvent au même endroit plusieurs piqûres successives (obs. n° III, obs. n° VII), on peut comprendre que l'accumulation de matières colorantes puisse devenir suffisante pour qu'elles transparaissent à travers la peau.

En résumé, par une injection intradermique, le morphinomane envoie dans cette région de la peau les malpropretés contenues dans sa solution, les éléments absorbables disparaissent, seuls les grains de charbon subsistent et ce sont eux qui, vus par transparence, donnent à la peau son aspect coloré.

Les particules charbonneuses contenues dans le derme sont au début très disséminées, dans les taches anciennes on les retrouve groupées autour des vaisseaux.

Elles semblent s'éliminer par deux processus. On en retrouve dans l'épiderme sous forme de poussière légère, on en aperçoit également dans les vaisseaux lymphatiques ; donc, deux moyens d'élimination : le premier par transport des particules dans la couche malpighienne, le second par passage dans le système lymphatique.

Ces phénomènes sont infiniment longs à se produire, la vie d'un homme n'y suffirait pas et on peut affirmer que, semblables aux tatouages avec lesquels nous l'avons identifiée, la tache bleue est un stigmate indélébile.

Il nous paraît nécessaire d'ajouter que le tatouage des morphinomanes n'est pas invariablement lié à leur qualité d'adonnés à l'alcaloïde.

Un malade peu soigneux se ferait dans le derme une injection malpropre avec une substance médicamenteuse quelconque, la tache bleue pourrait apparaître absolument semblable à celles que nous avons signalées dans nos observations.

CONCLUSIONS

I. Dans certains cas rares on peut constater, sur la peau des morphinomanes, l'apparition de *taches bleu ardoisé* siégeant sur le thorax, l'abdomen, la face antero-ext. du bras et de l'avant-bras, les faces antérieure et interne des cuisses et des jambes.

II. Au point de vue histologique, elles sont constituées par des *blocs noirs* contenus dans le *derme* ; ces amas résistent à tous les réactifs chimiques et paraissent être des *grains de charbon*.

III. Ces grains de charbon sont contenus sous forme de *poussières* dans les solutions *malpropres* des malades et injectés par eux dans le *derme* grâce à des piqûres faites avec maladresse ou pusillanimité.

IV. On a rencontré de semblables tatouages seulement chez les morphinomanes, mais un malade se

faisant dans le derme des injections malpropres avec une substance *médicamenteuse quelconque*, pourrait présenter une *coloration* des téguments absolument *identique*.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 décembre 1906.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, Deux observations de morphinomanie (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 14 décembre 1894, 3^e série, IX, p. 396).
- AUDRY, Pigment cutané (Gazette hebdomadaire de médecine, 1894).
- AVERBECK, Die Adisow'sche Krankheit Erlangen, 1869.
- BALZER, GAUCHER et MILIAN, Annales de dermatologie, 1894, lire observation, p. 1106.
- BARTHÉLEMY, Nævus linéaire bleu (Société derm., octobre 1902).
- BATUT, Archives d'anthropologie criminelle, 1893, p. 77.
- BLANCHARD, Zoologie médicale.
- BONNEVILLE, Observations de morphinomanie (Iconographie photographique de la Salpêtrière, t. III, p. 93).
- BRESCHET, Considérations sur une altération organique appelée dégénérescence noire, Paris, 1821.
- BROCHIN, Morphinisme (Gazette des hôpitaux, 1877, p. 256).
- CARNOT, Mécanisme de la pigmentation (thèse des sciences naturelles, Lyon, 1896).
- CHAMBARD, Les morphinomanes, Paris, Rueff, 1892.
- DALBANNE, Essai sur quelques accidents produits par la morphine (thèse, Paris, 1877).
- DARIER, Article TATOUAGE dans Pratique dermatologique de E. Besnier, Brocq et Jacquet.
- DRESSLER, Chemnisches Centralblatt, 1866, p. 395.
- DUGUET, Sur les taches bleues, leur production artificielle, leur valeur séméiologique (Ann. derm. et syph., 1880, t. I).
- Les taches bleues et les poux du pubis (Compte rendu de la Société de biologie, 17 avril 1880).
- Pathogénie des taches bleues (Compte rendu de la Société de biologie, février 1881).

- DUGUET, Expériences et recherches nouvelles sur les taches bleues (Compte rendu de la Société de biologie, 1881).
- FOLET, Morphinisme et morphinomanie (Communication à la Société de médecine du Nord, 27 avril 1878 (Bulletin médical du Nord, 1878, XVII, 197).
- GIBIER (P.), Nouvelle étude sur la corrélation qui existe entre les poux du pubis et les taches ombrées.
- HAHN, Gazette hebdomadaire, 1885, p. 612.
- HALPERN, Ueber das Verhalten des Pigments in der Oberhaut des Menschen (Arch. f. Derm. und Syph., 1891).
- HUGOUNENCQ, Chimie biologique.
- JOUE (Daniel), Etude sur le morphinisme chronique (thèse, Paris, 1883, n° 41).
- KAPOSI, Ueber Pathogenese des Pigment im Uterus (Arch. f. Derm. und Syph., 1861).
- LACASSAGNE, Précis de médecine légale.
- LACASSAGNE et MAGITOT, Article TATOUAGE (Dictionnaire Encyclopédique de Dechambre).
- LANCEREAUX, Du morphinisme (Semaine médicale, 1884, p. 233).
- LAVERAN et TEISSIER, Traité de pathologie interne.
- LEBLOND et LUCAS, Le tatouage chez les prostituées.
- LÉCERF, Symptomatologie de la morphinomanie (thèse, Paris, 1894-1895, n° 421).
- LELOIR (H.), De la lèpre.
- MAGNAN et SAURY, Trois cas de cocaïnisme chronique (Bulletin de la Société de biologie, 1889, XLI, 60).
- MALLET (Ch.), Etude sur les taches bleues. Historique et recherches nouvelles (thèse, Paris, 1882).
- MARC (S.), Vitiligo (Arch. Wierchow., 1894).
- MAYET, Physiologie comparée du morphinisme (Discussion à la Société des sciences médicales de Lyon, 22 mars 1884).
- MAYNAC, Du tatouage (thèse, Lyon, 1900).
- MOURSOU (J.), Nouvelles recherches sur l'origine des taches ombrées.
- MOUTARD-MARTIN, Pigmentation bleue chez une malade morphinomane et syphilitique (Gazette médicale des hôpitaux de Paris, 1897).
- NOTTA, La morphine et la morphinomanie (Archives générales de médecine, 1884, II, p. 385).
- PICHON, Le morphinisme, Paul Doin, 1889.
- POUCHET, Transformation du sang en pigment (Société de biologie, 1880, p. 306, 1887, p. 164).

- RAYMOND et PHISALIX, Archives de physiologie, 1897.
- RENAUT, Traité d'histologie.
- Article DERMATOSE (Dictionnaire Encyclopédique De-chambre).
- RETTERER, Article PIGMENT (Dictionnaire Encyclopédique De-chambre).
- RICHARD, Les pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse (thèse, Paris, 1898).
- RICKLIN, Du morphinisme (Gazette médicale de Paris, 1880, 6^e série, II, p. 387).
- RISEL, Deutsches Archiv für klin. Medicin., Bd VII).
- RODET, Morphinisme et morphinomanie.
- SOLLIER, Cas de morphino-cocaïnomanie (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1894, 3^e série, XI, p. 408).
- TARNIER, Article sur CHLOASMA (Académie de médecine, 1890).
- THIBIERGE, Pigmentation bleue chez un morphinomane (Gaz. médicale des hôpitaux de Paris, 1899).
- UNNA, Histopathologie des Hautkrankheiten, Berlin, 1894, p. 968.
- VARIOT, Tatouage (Revue scientifique, mai 1888).
- VARIOT et MOREAU, Etude microscopique et expérimentale des tatouages européens (Bulletin de la Société d'anthropologie, 1888).
- VILLARD, Nœvus monstrueux de la face (Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1890).
- VILLEJEAN, Pigments et matières colorantes (thèse d'agrégation, 1886).
- VOISIN, A quels signes reconnaître un morphinomane (Société d'hyphologie, 15 novembre 1896 ; Médecine moderne, 1896, t. VII, p. 712).
- WOLTERS, Contribution à l'étude de la morphine et du morphinisme (thèse, Montpellier, 1883, n^o 27).
- WURTZ (Ad.), Dictionnaire de chimie.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION ET HISTORIQUE	9
OBSERVATIONS.	12
SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC	50
DE L'ÉTIOLOGIE DES TACHES BLEUES	56
DONNÉES HISTOLOGIQUES	60
NATURE ET ORIGINE DE LA MATIÈRE COLORANTE	67
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE.	75

